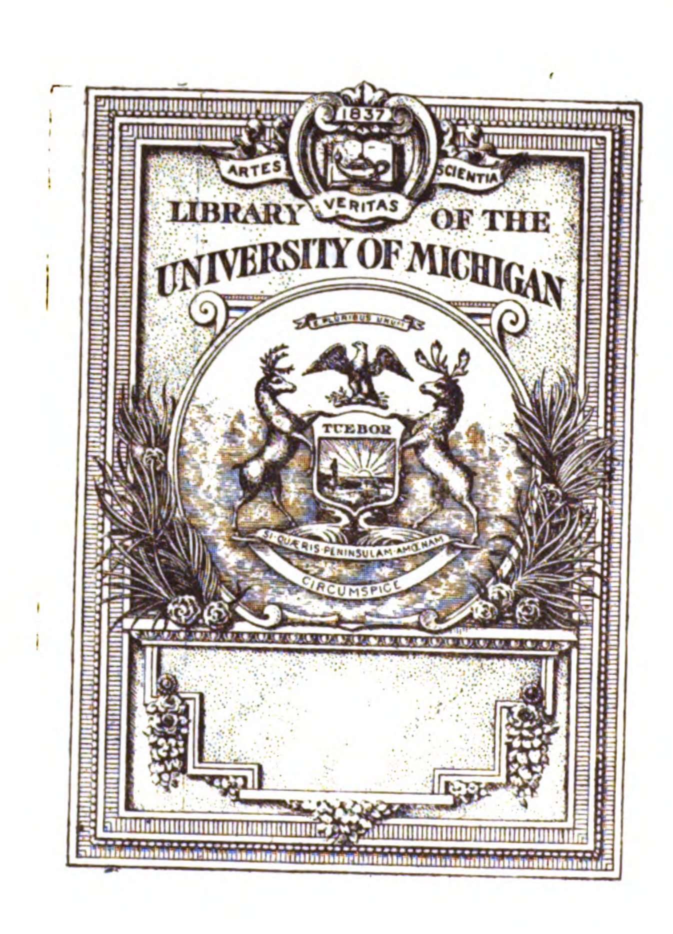

Generated on 2019-03-10 00:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015062205250
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUÆRIS PENINSULAM AMŒNAM
CIRCUMSPICE





ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BONHOEFFER BERLIN UND **KREUSER** WINNENTAL

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

DREIUNDSIEBZIGSTER BAND
NEBST EINEM BERICHT
ÜBER DIE PSYCHIATRISCHE LITERATUR IM JAHRE 1915
REDIGIERT VON
O. SNELL
LÜNEBURG



BERLIN
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1917

Inhalt.

Erstes Heft.

Originalien.

Seite

Kleinere Mitteilungen.

Zweites und drittes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.



Kleinere Mitteilungen.

Viertes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.

Fünftes Heft.

Originalien.



Seite

Kleinere Mitteilungen.

Sechstes Heft.

Originalien.

Kleinere Mitteilungen.





ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLNADS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BONHOEFFER BERLIN **KREUSER** WINNENTAL **PELMAN** BONN **SCHÜLE** ILLENAU

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

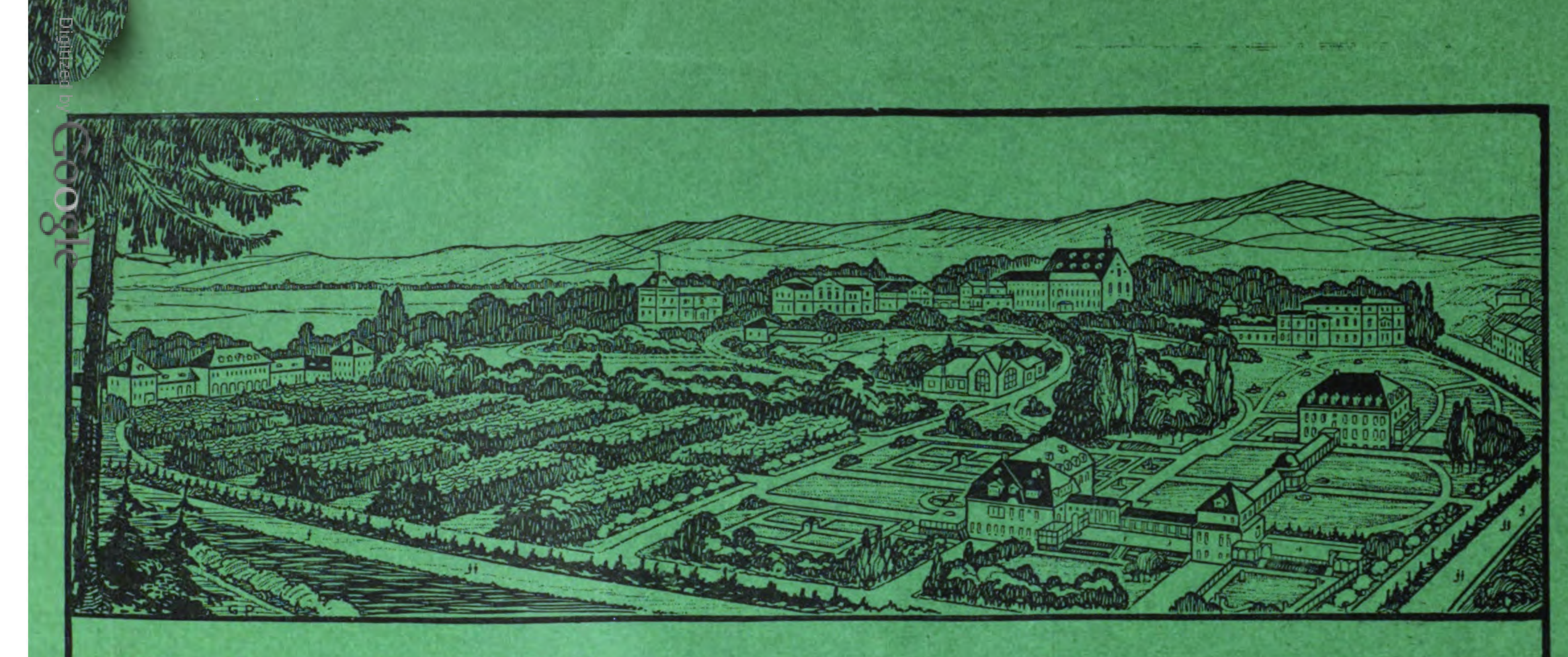
DREIUNDSIEBZIGSTER BAND
ERSTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 25. JANUAR



BERLIN W. 10
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1917

Preis des Bandes von 8 Heften (6 Hefte Originalien und 2 Hefte Literaturbericht) 32 Mark.



Rasch hintereinander hat im Dezember 1916 die deutsche Psychiatrie zwei hervorragende Vertreter verloren. Am 9. starb im 77. Lebensjahre infolge eines Schlaganfalls *Heinrich Schüle* in Illenau, am 21. an Influenzapneumonie im fast vollendeten 79. Lebensjahre *Karl Pelman* in Bonn. Beide haben, fast gleichaltrig, jener von *Roller* in die Psychiatrie eingeführt, dieser aus der Schule, wenn auch nicht der unmittelbaren Unterweisung, *Jacobi*s hervorgegangen, die gewaltige Entwicklung der Psychiatrie in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts nicht nur erlebt, sondern auch kräftig an ihr mitgearbeitet, beide durch ihre ausgeprägte, prächtige Persönlichkeit die jüngeren Fachgenossen weithin angeregt und beeinflußt. Dabei war ihre Eigenart durchaus verschieden. Wenn ich übertreibend den Gegensatz deutlich machen darf, so erscheint mir *Schüle* als der begeisterte Seher, der mit scharfem Blick in die Tiefe späht und, Optimist im besten Sinne, hinter der Mannigfaltigkeit der Erscheinung, so treu er sie auffaßt, doch zugleich gläubig die Einheit schaut, — und ihm gegenüber *Pelman* als der ruhige Weltweise, der, im Hinblick auf die Wahrheit menschlichen Wissens voll Zweifel und mehr auf die Widersprüche als auf den Einklang gestimmt, die Erkenntnis mehr daraufhin wertet, ob sie als Unterlage des Handelns tauge, und somit hellen Auges weniger in die Tiefe als in die Breite blickt; jener daher fruchtbar im Schaffen von großen Zusammenhängen, dieser ein Meister der Anwendung, beide geistvolle Schriftsteller, jener tiefschürfend und daher in jüngeren Jahren leicht in Gefahr, sich in heraklitisches Dunkel zu verlieren, dieser bald in behaglichem Plauderton, bald in leichter Ironie, seltener in scharfer Abweisung oder Spott sich ergehend, stets aber klar und voll sicheren Stilgefühls. So hat jener, obwohl er die Berufung zur Universität ausschlug, von Illenau aus durch seine Schriften weit über Deutschlands Grenzen hinaus als wissenschaftlicher Lehrer Wirkungen ausgeübt, während *Pelman*, erst in höherem Alter mit seiner Übernahme der Bonner Anstalt zugleich zum Universitätslehrer ausersehen, auch in diesem Amt mit großem Geschick und in glücklichster Weise psychiatrisches Interesse und psychiatrische Kenntnisse in weiteren Kreisen verbreitet hat. Beide haben das Glück gehabt, mit ihrem Lebenswerk vor allem auch die engere Heimat zu fördern: blieb *Schüle*, seitdem er als junger Arzt in Illenau eintrat, dieser Anstalt bis zu seinem Tode treu, so hat *Pelman* mit Ausnahme von 5 Jahren, in denen er als Leiter von Stephansfeld das elsässische Irrenwesen im deutschen Geiste zu reorganisieren bestrebt war, seiner rheinischen Heimat erst in Siegburg, nachher in Grafenberg und Bonn gedient, und wie haben beide es verstanden, von diesen Ausgangspunkten ihrer Tätigkeit die Spuren ihres Wirkens dem ganzen Lande, der ganzen Provinz einzugraben!

Der Deutsche Verein für Psychiatrie betrauert in *Schüle* und *Pelman* seine letzten deutschen Ehrenmitglieder. Treu haben sie, seit sie in jungen Jahren sich dem Verein anschlossen, an seinen Verhandlungen sich beteiligt und lange dem Vorstand angehört. Ihr Name wird in Ehren bleiben, ihre eindruckvolle Persönlichkeit nachhaltig im Gedächtnis der Jüngeren fortleben.

Beide waren Mitredakteure dieser Zeitschrift, *Schüle* seit 37, *Pelman* seit 25 Jahren. Ihr Lebenslauf wird in einem der nächsten Hefte ausführlich geschildert werden; ihr Bild finden unsere Leser im 67. und im 70. Bande.

Havete, carae animae! *H. L.*





Krieg und krankhafte Geisteszustände im Heere.

Von

Dr. **Baller,** Oberarzt der Prov.-Irrenanstalt Owinsk,
zurzeit Assistenzarzt an der Geisteskranken-Station eines Festungslazaretts.

Es ist einmal der Satz ausgesprochen worden, daß dasjenige Volk im Kriege Sieger sein werde, das über die stärksten Nerven verfüge; dieser Satz besteht zweifellos zu Recht, und wenn man nach den bisherigen Erfolgen unserer Soldaten in Ost und West und Süd, zur See und in der Luft auf Grund dieses Satzes zu einem Rückschluß berechtigt ist, so muß man anerkennen, daß es um die Nervenkraft des deutschen Volkes noch gut bestellt sein muß, daß wir noch nicht der Degeneration anheimgefallen sind in dem Maße, wie vielleicht dieser oder jener unserer Nachbarn.

Der nun schon fast 2 Jahre tobende Weltbrand ist zweifellos das gewaltigste Ringen aller Zeiten, zu dem nicht nur alle Zweige der Wissenschaft und der Technik ihr Bestes hergegeben haben, in dem auch Lüge und Hinterlist, Grausamkeit und Verletzung aller bisher geltenden Menschenrechte von seiten unserer Feinde mobil gemacht worden sind, um unserem Heere und Volke den Untergang zu bereiten.

Der Krieg ist ein Prüfstein, auf dem alles ausgeschieden wird, was krank und faul ist, es ist daher kein Wunder, daß im Kriege auch die Geistesstörungen stärker in Erscheinung treten. Schon in den letzten Kriegen wurde diese Beobachtung gemacht, und alle Welt war sich schon im Anfang des jetzigen Krieges darüber einig, daß diese Tatsache sich in verstärktem Maße auch diesmal wiederholen werde.



In der Münchner med. Wochenschrift hat *Weygandt*[1]) eine interessante Zusammenstellung über Geisteskrankheiten im Kriege veröffentlicht. Er fand im allgemeinen eine Zunahme des Anteils der Psychosen an den Feldzugserkrankungen. Im ersten Halbjahr des Krieges 1870/71 machten die Geisteskrankheiten 0,37‰ der Kopfstärke des Heeres aus, welche Zahl pro Halbjahr zunahm bis 0,93‰ im Jahre 1872, um von da wieder abzusinken. Im griechisch-türkischen Kriege betrug diese Zahl im türkischen Heere 2‰; im englischen Heere im Burenkriege 2,5‰; die China-Expedition zeigte sogar an Nerven- und Geisteskrankheiten 8,44‰, eine enorme Ziffer; der südwestafrikanische Feldzug zeitigte 4,95‰ unter Hinzurechnung der Epileptiker und hysterischen Erkrankungen sogar 8,28‰, offenbar hat das Klima hierbei eine besondere Rolle gespielt. Im russisch-japanischen Kriege kamen auf 1000 verwundete und kranke russische Soldaten 3,5 Geisteskranke, auch im japanischen Heere war die Zahl unverhältnismäßig hoch.

Wenn derartige Erscheinungen zahlenmäßig durch frühere Kriege festgestellt sind, war eine Zunahme der Geistesstörungen auch in diesem Kriege zu erwarten. In welchem Maße aber diese Steigerung erfolgt ist, das festzustellen ist eine interessante Aufgabe, die sich aber nur dann erst lösen läßt, wenn das ganze Material über Geisteskranke nach dem Kriege durch Zählkarten zugänglich gemacht worden sein wird.

Die Geisteskrankenstation des Festungslazaretts zeigt daher seit dem Ausbruch des Krieges keine überraschende Aufnahmeziffer. Wegen irgendwelcher Vergehen auf kriegsgerichtliche Anordnung waren von der Gesamtzahl der Aufnahmen zur Beobachtung untergebracht und sind von uns begutachtet worden 14% der Fälle. Von den 86% Nichtkriminellen waren 92% geisteskrank und sind mit entsprechendem Dienstunbrauchbarkeitszeugnis versehen zur Entlassung gekommen bzw. der öffentlichen Irrenpflege zugeführt worden; 8% waren nicht geisteskrank und konnten dem Ersatztruppenteil als felddienstfähig, garnisondienstfähig oder arbeitsverwendungsfähig wieder zugeführt werden.

Von den Kriminellen wurden 74% als unzurechnungsfähig begutachtet und zum größten Teile von den Gerichten auf Grund des § 51 RStGB. exkulpiert, bzw. wurde das Verfahren eingestellt. 13% waren vermindert zurechnungsfähig, 13% waren geistesgesund. Bei dieser Gelegenheit möchte ich nicht versäumen, zu betonen, daß

[1]) *Weygandt*, Geisteskrankheiten im Kriege. Münch. med. Wschr.



gerade von den Kriegsgerichten mit anerkennenswerter Gewissenhaftigkeit jedem, auch dem geringsten, Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten Wert beigemessen wird, und daß da, wo ein entsprechendes Moment auftaucht, auch das Gutachten eines psychiatrischen Sachverständigen herbeigeführt wird und Beachtung findet.

Um aber jeden Trugschluß von vornherein auszuschalten, möchte ich nicht verfehlen zu betonen, daß bei den gewaltigen Menschenmassen, die der Krieg erfordert, und bei dem ungeheuren Material, das bei der Untersuchung auf die Diensttauglichkeit in kürzester Zeit zu bewältigen war, eher die Möglichkeit vorlag, daß auch ein Geisteskranker zur Einstellung gelangen konnte, als im Frieden; aber diese Fälle werden auch jetzt zu den Seltenheiten gehören, ebenso wie es im Frieden nicht möglich ist, trotz sorgsamster Untersuchung, trotz reichlicher Zeit speziell schwer erkennbare krankhafte Geisteszustände, wie Dementia praecox im Anfangsstadium, angeborenen Schwachsinn und epileptische Zustände mit Sicherheit zu erkennen und vor unnötiger Einstellung zu bewahren. Wenn auch die Grenzen der Militärtauglichkeit im Kriege bei der ärztlichen Beurteilung weiter gezogen sind als im Frieden, so kann doch weder dann noch jetzt auf erbliche Belastung oder degenerativ verminderte Widerstandsfähigkeit des Nervensystems des Einzustellenden allzu weitgehende Rücksicht genommen werden, und hier liegt der Grund, auf dem sich die Erkrankungsziffer im Kriege aufbaut, nämlich, um es kurz zu sagen: Das degenerierte Nervensystem, das im Frieden und täglichen Leben wie eine eingearbeitete Maschine ohne Störung funktioniert, gerät in Verwirrung bei der stärkeren Belastung, die der Krieg auf Energie und Widerstandsfähigkeit des Individuums ausübt; es bricht zusammen.

In nachstehender Tabelle bringe ich die Gesamtübersicht, wobei ich gleich bemerken will, daß ich als Krankheitsbezeichnungen die Sammelklassen der *Kraepelin*schen Nomenklatur aufgeführt habe. Ich mußte es mir versagen, z. B. bei dem Erschöpfungsirresein oder der Dementia praecox die einzelnen Unterabteilungen gesondert aufzuführen, ebenso bei den Vergiftungen, dem Irresein des Rückbildungsalters und dem Entartungsirresein; ich komme aber erläuternd in großen Zügen noch darauf zurück.

Es litten an:



Krankheitsbezeichnung	Gesamtzahl	Gediente Soldaten		Unged. Soldaten	
			Davon im Felde gewesen		Davon im Felde gewesen
Infektiöses Irresein (Fieberdelirien usw.)	1,0 %	0,8 %	0,6 %	0,2 %	—
Erschöpfungsirresein (Amentia, Neurasthenie)	13,5 %	10,2 %	3,5 %	3,3 %	1,0 %
Vergiftungen (Alkoholismus)	14,3 %	12,7 %	3,1 %	1,6 %	0,8 %
Dementia praecox	17,4 %	8,2 %	3,8 %	9,2 %	3,0 %
Dementia paralytica	3,9 %	2,7 %	1,8 %	1,2 %	—
Irresein bei Hirnerkrankungen	0,6 %	0,4 %	0,2 %	0,2 %	—
Irresein des Rückbildungsalters	0,4 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	—
Manisch-depressives Irresein	6,0 %	4,7 %	3,0 %	1,3 %	0,4 %
Paranoia chronica	7,6 %	5,3 %	3,2 %	2,3 %	1,2 %
Epilepsie	10,7 %	7,7 %	2,2 %	3,0 %	1,2 %
Hysterie	7,8 %	3,6 %	2,4 %	4,2 %	0,4 %
Entartungsirresein (konst. Verst., Zwangsirresein usw.)	6,8 %	3,5 %	1,6 %	3,3 %	0,2 %
Psychische Entwicklungshemmung (Schwachsinn, Idiotie)	10,0 %	4,6 %	1,8 %	5,4 %	0,6 %
Summe: in %	100 %	64,6 %	27,4 %	35,4 %	8,8 %

Wenn ich zunächst die Diagnosen einer Erläuterung unterziehen darf, so muß ich bemerken, daß es sich bei dem infektiösen Irresein um Fälle handelte, die im Anschluß an eine akute Infektion, z. B. Pneumonie oder eitrige Wundinfektion, erkrankt und ihrer störenden Unruhe wegen der Geisteskrankenstation von andern Lazaretten überwiesen worden waren.

Die Fälle des Erschöpfungsirreseins werden gebildet vorwiegend aus der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit (Amentia) und schweren Fällen von Neurasthenie; die Vergiftungen enthalten fast ausschließlich den chronischen Alkoholismus in seinen verschiedenen Formen mit Ausschluß der Alkoholepilepsie, bei der ausgesprochene Anfälle im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehen, die der genuinen Epilepsie zugerechnet worden sind. Das Entartungsirresein, die Psychopathie, umfaßt vorwiegend Fälle von konstitutioneller Verstimmung, enthält aber auch, wenn auch vereinzelt, das Zwangs- und impulsive Irresein sowie die konträre Sexualempfindung. Ein besonderes Wort will ich noch der Hysterie widmen, die mit 7,8% verzeichnet steht. Bei kaum einer der angeführten Geistesstörungen



außer vielleicht den Erschöpfungspsychosen erkennt man so deutlich die Wirkung des Krieges mit seinen Schädigungen wie hier; denn in einer großen Zahl sind es gerade Granat- und Minenexplosionen sowie direkte oder indirekte Geschoßwirkungen, auf die man mit absoluter Sicherheit den Ausbruch des Leidens zurückführen kann, traumatische Hysterie im wahrsten Sinne des Wortes, deren interessanteste Fälle ich in Kürze weiter unten zu erwähnen mir vorbehalte.

Das Material, das in vorstehender Tabelle vereinigt ist, umfaßt alle Stände und Berufsklassen des Volkes, alle Lebensalter vom 18. bis 45. Jahre, und stellt somit einen erheblichen Ausschnitt aus dem Volke im ganzen, selbstverständlich nur in seinem männlichen Teile, dar. Will man daher ein Vergleichsobjekt heranziehen, so wird man gut tun, die Statistik einer öffentlichen Irrenanstalt heranzuziehen, die, soweit der männliche Teil des Krankenbestandes in Betracht kommt, annähernd ähnliche Verhältnisse darbieten wird, wie das gegenwärtige Material der militärischen Geisteskrankenabteilung.

Eine vorzügliche Arbeit von *Weyert*[1]), die soeben erschienen ist, enthält eine Zusammenstellung aller Fälle von Geisteskrankheit innerhalb eines Jahres, und zwar vom 1. Oktober 1911 bis 30. September 1912, also im Frieden. Schon der erste Blick auf beide Tabellen zeigt gewaltige Unterschiede, und zwar besonders bei dem Erschöpfungsirresein, den Vergiftungen (Alkoholismus), der Paralyse und der Paranoia. *Weyert* hat im ganzen 106 Fälle, seine Zusammenstellung darf wohl mit Recht als die Normalzahl der Geisteskrankheiten in unserem Friedensheere angesprochen werden, sowohl was die Gesamtzahl im Verhältnis zu einem bestimmten Aufnahmebezirk und damit zu einem bestimmten Kopfstärkeabschnitt des Friedensheeres anbetrifft, als auch in ihrem prozentualen Verhältnis untereinander. Seine Statistik fordert geradezu zu einem Vergleiche heraus, ein Versuch dazu scheitert jedoch, weil es auch nicht einmal schätzungsweise möglich ist, das Prozentverhältnis der Krankheitsfälle zu der Kopfstärke des jetzigen Aufnahmebezirks anzugeben. Das wird einer Generalstatistik vorbehalten bleiben müssen, die das ganze Kriegsheer umfaßt. Nur der Vergleich der einzelnen Krankheitsfälle der beiden Tabellen gestattet einen gewissen Rückschluß, und da zeigt sich in meiner Statistik ein gewaltiges Überwiegen des Erschöpfungsirreseins, insonderheit der Neurasthenie,

[1]) *Weyert*, Militär-psychiatrische Beobachtungen und Erfahrungen.



wobei ich gleich bemerken will, daß bei mir unter dieser Rubrik nur Fälle erscheinen mit durchaus psychotischem Charakter; ferner des Alkoholismus, der Paralyse, des manisch-depressiven Irreseins, der Paranoia und der Hysterie, und ich glaube nicht fehlzuschließen, wenn ich diese Tatsache als Folgeerscheinung des Krieges ansehe, wenigstens was die Erschöpfungspsychosen, das manisch-depressive Irresein und die Hysterie, insonderheit die traumatische Form derselben, anbetrifft. Die Paranoia zeigt bei mir ebenfalls eine hohe Ziffer, dagegen die Dementia praecox verhältnismäßig nicht. Hier muß ich jedoch zugeben, daß wahrscheinlich andere Beurteiler ein gut Teil Paranoiafälle der Dementia paranoides und damit der Dementia praecox zugerechnet hätten; es ist dieser Fehler jedoch damit entschuldbar, daß einmal die scharfe Abgrenzung beider Krankheitsbilder noch nicht von allen Psychiatern in gleicher Weise durchgeführt wird, anderseits ist die Differentialdiagnose bei jugendlichen Individuen und damit bei frischen Erkrankungen leichter als bei alten Fällen, bei denen charakteristische Symptome schon vielleicht verblaßt oder gar ganz geschwunden sind.

Ich lasse nachstehend die auf hundert umgerechneten Ziffern der einzelnen Krankheiten folgen und bezeichne *Weyerts* Statistik mit: Friedens-, die meine mit Kriegsstatistik; es ergibt sich danach folgende Gegenüberstellung:

	Friedensstatistik	Kriegsstatistik
Infektiöses Irresein	—	1,0%
Erschöpfungsirresein	4,7 + 0,9% [1])	13,5%
Alkoholismus	8,5%	14,3%
Dementia praecox	21,7%	17,4%
Dementia paralytica	0,9%	3,9%
Irresein bei Hirnerkrankungen	3,8%	0,6%
Paranoia chronica	0,9%	7,6%
Epilepsie	10,4%	10,7%
Hysterie	3,8%	7,8%
Entartungsirresein	23,6%	6,8%
Psychische Entwicklungshemmung	18,9%	10,0%
Irresein des Rückbildungsalters	—	0,4%
Manisch-depressives Irresein	1,9%	6,0%

[1]) *Weyert* hat die Amentia gesondert aufgeführt.



Wenn man beide Zahlenreihen vergleicht, so findet man bei *Weyert* den Schwerpunkt auf der Dementia praecox, dem Entartungsirresein und den psychischen Entwicklungshemmungen liegen, und das ist kein Wunder. Diese Psychosen treten erfahrungsgemäß in den Entwicklungsjahren in Erscheinung, also zu einer Zeit, der das aktive Soldatenmaterial entstammt. Es ist daher durchaus ein logischer Schluß, daß sie prozentualiter zurücktreten müssen und gewissermaßen in Verdünnung erscheinen bei einem Soldatenmaterial, das sich zum großen Teil aus weit höheren Lebensaltern zusammensetzt, die ihrerseits neue spezifische Krankheitsformen mit sich bringen, wie das im Kriegsheere der Fall ist. Trotz alledem trifft auch auf meine entsprechenden Zahlen ein hoher Prozentsatz, wie er ähnlich nur von dem Erschöpfungsirresein, dem Alkoholismus, der Paranoia chronica, der Hysterie und dem manisch-depressiven Irresein erreicht wird. Diese Erkrankungsformen erscheinen bei *Weyert* nur mit kleinen Zahlen. Nimmt man den Jahresbericht einer öffentlichen Irrenanstalt vor, wie mir ein solcher von Owinsk gerade vorliegt, so wird man ebenfalls bestätigt finden, daß, abgesehen vielleicht von dem Alkoholismus und der Paranoia, welche Zahl in Owinsk allerdings besonders hoch ist, Erschöpfungspsychosen, manisch-depressives Irresein und Hysterie bei den männlichen Zugängen in Friedenszeiten ein verschwindend geringes Kontingent stellen, geringer noch, als sie *Weyert* zu beobachten Gelegenheit hatte.

Wenn ich die mir zur Verfügung stehende Literatur durchmustere, so muß ich anführen, daß *Meyer* [1]) - Königsberg in einer Statistik über die ersten drei Monate des Krieges zu ähnlichen Resultaten gekommen zu sein scheint: er fand für Psychogenie oder Hysterie + traumatische Neurose im ganzen 24 %, ich für Erschöpfungspsychosen + Hysterie zusammen 21,3 %; er fand für manisch-depressives Irresein 4 %, ich 6 %; er fand für Alkoholismus 16 %, ich 14,3 %. Also auch dort, und zwar im Anfang des Krieges, eine erhebliche Zunahme der, ich möchte geradezu sagen spezifischen Erscheinungsformen der krankhaften Seelenzustände gegenüber derselben Kategorie im Frieden. Auch *Meyers* Untersuchungsmaterial umfaßt dieselben Altersklassen wie das meinige, es setzt sich aus Landsturm, Landwehr, Reserve, Ersatzreserve und aktiven Mannschaften zusammen. Erwähnenswert ist noch, daß er für die Landwehr und Reserve 60 % aller Erkrankungen zu verzeichnen Gelegenheit hatte.

---

[1]) *Meyer*, Psychosen und Neurosen in der Armee während des Krieges. Münch. med. Wschr.



Moll[1]) berichtet in einem Vortrage: Psychiatrisches vom Kriegsschauplatz, über seine Beobachtungen in den Lazaretten Belgiens. Er spricht sich im allgemeinen befriedigend über den seelischen Gesundheitszustand unseres Feldheeres aus; er habe auf dem westlichen Kriegsschauplatz in den Lazaretten Frankreichs und Belgiens nur wenig Geisteskrankheiten, etwas häufiger nervöse Störungen gesehen. Er erwähnt, daß in Brüssel unter 120 Kranken, der Mehrzahl nach organischen Nervenverletzungen, 5 primäre Alkoholpsychosen, 13 Paralysen, 17 Epileptiker und 16 Hysterische vorhanden waren, ebenso wurden Fälle von Erschöpfungspsychosen beobachtet; Zahlen hierfür sind nicht genannt.

Bonhoeffer[2]) fand auf 100 psychisch-nervös Erkrankte 33,3 % psychopathische Konstitution, 10 % Schizophrenie (Dementia praecox).

Ich kehre nunmehr zu meiner Statistik zurück.

Von den zur Aufnahme gelangten Kranken waren 64,6% gediente Leute, das heißt solche, die schon in Friedenszeiten ihrer Militärpflicht genügt hatten oder bei Ausbruch des Krieges gerade dienten. 35,4% waren „ungediente" Leute, also Kriegsfreiwillige, Ersatzreserven, unausgebildeter Landsturm und ähnliche. Wie groß in unserem Feldheere gegenwärtig das Verhältnis der gedienten zu den ungedienten Mannschaften (in oben erwähntem Sinne) ist, wage ich nicht zu entscheiden, es will mir jedoch scheinen, als entspräche das Verhältnis 65 : 35, in welchem nach vorstehender Tabelle ungefähr „gediente" und „ungediente" Mannschaften als Kranke zur Behandlung kamen, keineswegs dem Kopfstärkeverhältnis beider Kategorien im Heere, ich glaube vielmehr, daß der Faktor der Ungedienten viel kleiner sein muß, woraus zu folgern wäre, daß die „Ungedienten" in erhöhtem Maße in Gefahr seien, einer Erkrankung anheimzufallen, als die „Gedienten"; es wäre ja anders auch verwunderlich, da die Ungedienten doch zum größten Teil diejenigen Individuen sind, die irgendwelcher Fehler oder Gebrechen wegen seinerzeit zum aktiven Heeresdienst nicht brauchbar waren, welche zweifellos auch einen größeren Prozentsatz degenerierter Nervensysteme aufweisen als die gediente Klasse. Das erhellt auch aus gewissen Einzelzahlen, z. B. den der Dementia praecox, woran erkrankt waren von gedienten Mannschaften 8,2%, von Ungedienten 9,2 %; der Hysterie: gedient 3,6%, ungedient 4,2%; dem Entartungsirresein: gedient 3,5%, un-

[1]) *Moll*, Psychiatrisches vom Kriegsschauplatz. Vortrag.

[2]) *Bonhoeffer*, Psychiatrisches zum Kriege. Ztschr. f. ärztl. Fortbildung.



gedient 3,3%, und bei der psychischen Entwicklungshemmung gedient 4,6%, ungedient 5,4%. Alle übrigen Zahlen zeigen entsprechend dem Gesamtverhältnis der Erkrankungen eine gewisse Minderheit bei den Ungedienten, die allerdings bei dem Alkoholismus auffallend niedrig ist.

Von der Gesamtsumme meiner Kranken waren im Felde und sind vorwiegend dort erkrankt im ganzen rund 36%, das sind etwa der dritte Teil. Wenn man sich vergegenwärtigt, daß sicherlich mehr Truppen an den verschiedenen Fronten im Kampfe stehen, als in der Heimat bei dem Besatzungsheere, so rechtfertigt diese Tatsache die Beobachtung *Molls* (oben zitiert), nämlich daß ausgesprochene Geisteskrankheiten in den Lazaretten des Feldheeres im Verhältnis zu den enormen Truppenmassen verhältnismäßig nicht häufig sind. Geht man dieser Erscheinung auf den Grund und forscht man nach einer Erklärung, so folgt daraus, daß die Widerstandskraft des Nervensystems unserer Feldsoldaten doch eine recht zähe sein muß, die Entbehrungen und Strapazen, mechanische und psychische Insulte, wie sie der moderne Krieg in höchster Potenz mit sich bringt, nicht zu zermürben imstande sind. Anderseits fällt aber auch vielleicht ein bescheidener Teil des Verdienstes auf die Organisation des militärärztlichen Dienstes und die Truppenärzte in den Heimatgarnisonen zurück, die es verstanden haben, trotz Häufung des Materials bei der Beurteilung des Ersatzes unsichere Elemente von der Front zurückzuhalten, die bei der ersten besten Gelegenheit im Felde erkrankt wären und für die allzeit kampfbereite Truppe nur einen lästigen Ballast, ja sogar in verantwortungsreichen Momenten eine große Gefahr bedeutet hätten.

Alkoholismus und chronische nervöse Erschöpfung haben die meisten Erkrankungen zur Folge gehabt; nächstdem kamen am häufigsten Hysterie und Paranoia chronica zur Beobachtung. Auch die Erkrankungsverhältnisse bestätigen die oben angeführte Vermutung, daß einmal der Gesundheitszustand an der Front und damit unseres gesamten Feldheeres ein verhältnismäßig besserer sein muß, als der des Besatzungsheeres, anderseits bestätigen sie aber auch, daß nicht die Strapazen und Schrecken der Feldschlacht bzw. des Schützengrabenkrieges allein die Ursache von „Kriegspsychosen" sind, sondern daß auch in der Heimat krankmachende Faktoren vorhanden sind,



die ebensowohl deletäre Wirkungen auf ein Nervensystem auszuüben imstande sind.

Kann man nun bestimmte Begleitumstände des Krieges für das Zustandekommen von Geistesstörungen verantwortlich machen, und welcher Weise ist die Zunahme der Krankheitsfälle zu erklären? Ich möchte die zweite Frage vorausnehmen und das näher erörtern, was ich schon eingangs erwähnte, nämlich daß die Nutzbarmachung aller wehrfähigen Mannschaften zur Folge hatte, daß auch Elemente zur Einstellung gelangten, die in Friedenszeiten nicht als tauglich bezeichnet worden wären.

Wenn man sich vergegenwärtigt, daß der Alkoholismus normalerweise seine pathologischen Züge im mittleren Mannesalter entfaltet, so wird man verstehen, daß ein Anwachsen der auf ihn zurückzuführenden Krankheitsfälle dann statthaben muß, wenn diese Jahrgänge fast den größten Bestandteil des Heeres ausmachen, nämlich im Kriege. Die Aushebung kann nicht haltmachen vor jedem, der vielleicht schon äußerlich die Zeichen eines chronischen Alkoholismus an sich trägt. Ja es wäre auch durchaus undurchführbar, bei dem Ersatzgeschäft jeden einzelnen daraufhin zu prüfen, ob er vielleicht im Vorleben Momente aufzuweisen hat, die den Ausbruch einer geistigen Störung befürchten lassen könnten. Genau dasselbe trifft für die Dementia praecox, die Epilepsie, die Psychopathie und den Schwachsinn zu. Kommen doch schon im Frieden trotz sorgfältiger Auswahlmöglichkeit gelegentlich derartige Fälle zur Einstellung, wie vielmehr im Kriege, wo nicht Zeit zu weitgehendster Prüfung vorhanden ist, wo auch die Grenzen der Tauglichkeit weiter gesteckt werden als im Frieden. Ich möchte daher die Anzahl der Krankheitsfälle, die lediglich diesem Umstande zur Last gelegt werden müssen — und es sind das nicht wenige, aber leider wird man sie in einer Statistik kaum ganz abtrennen können —, als die physiologische Wirkung des Krieges bezeichnen, im Gegensatz zu jener andern, der pathologischen Wirkung, wo nämlich der Krieg mit seinen Begleitumständen das auslösende oder mindestens das verschlimmernde Moment darstellt, also in den Fällen, wo gutachtlich „Kriegsdienstbeschädigung" angenommen werden muß.

Um diese Frage zu erörtern, will ich jede einzelne Erkrankungsgruppe gesondert besprechen, um darzustellen, in welcher Weise dem

Kriege Wichtigkeit als auslösendes Moment beizumessen ist. Es wäre weit gefehlt, wollte man den Begriff: Krieg nur auf die Geschehnisse und die Tätigkeit des einzelnen an der Front beschränken. Auch dem Dienste hinter der Kampflinie und in der Heimat drückt er seinen spezifischen Stempel auf; es sind so viel neue Faktoren, die er mit sich bringt, daß die Tätigkeit jedes Soldaten gegenwärtig mit derjenigen im Frieden gar nicht oder nur schwer verglichen werden kann.

Als hervorstechendste Momente nenne ich: Unterkunftsverhältnisse, Intensität des Dienstes und vor allem psychische Momente, und möchte besonders das letztere vorweg an der Hand eines Beispiels kurz erörtern, das dem Material der hiesigen Station entnommen wurde und höchst charakteristisch ist:

Es handelt sich um einen jungen, kräftigen Kriegsfreiwilligen, der bei einem hiesigen Fußartillerie-Ersatzbataillon eingestellt und ausgebildet wurde. Er stammte aus psychisch gesunder Familie, war zwar stets gesund gewesen, soll aber stets ein leicht sensibler, ängstlicher Mensch gewesen sein. Mit Lust und Liebe war er Soldat geworden und zeigte großen Eifer; plötzlich, als er sich gerade auf Wache befand, kam er abends unter allen Anzeichen der Angst und des Entsetzens in das Wachlokal gestürzt, schrie, die Russen seien hinter ihm, er habe sie in hellen Haufen anschleichen sehen, habe Zurufe und Gewehrfeuer gehört, und griff zu seinen Waffen. Er zeigte einen durchaus deliriösen Zustand, hatte massenhaft Sinnestäuschungen und lebhafte Angst und Unruhe und wurde in diesem Zustande am selben Abend noch der Geisteskrankenstation zugeführt. Auch dort zeigte er noch vollständige Verwirrung und Sinnestäuschungen, beruhigte sich aber allmählich und wurde wieder klar, so daß er nach nicht zu langer Zeit wieder entlassen werden konnte.

Das Krankheitsbild, das er darbot, mußte mit Recht der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit, der Amentia, zugerechnet werden. Und der Grund? Kongenitale Entartung und Mobilmachungserregung.

Derartige Fälle sind schon häufiger beobachtet und beschrieben worden, für die von *Fuchs* [1]) der Sammelname „Mobilmachungspsychosen" geprägt worden ist, der rein ätiologisch-symptomatologisch aufzufassen ist. Als Mobilmachungspsychose bezeichnet er jene Fälle, „bei denen aus einer primären, durch die Mobilmachung bzw. Einziehung zur Armee erzeugten Erregung hilfloser Angst die Psychose hervorwuchs". Er gibt im weiteren einen genauen Abriß dieser Erkrankungsform; ich will nicht weiter darauf eingehen und verweise im übrigen auf die zitierte Schrift, die alles Nähere darüber enthält.

[1]) *Fuchs*, Mobilmachungspsychosen. Ärztl. Sachv.-Ztg. 1915, Nr. 3.



Auch unter der Zivilbevölkerung sind derartige Mobilmachungspsychosen zur Beobachtung gekommen, wenn auch nicht in bedeutendem Maße; denn eine Umfrage bei allen deutschen Irrenanstalten darüber, ob in den ersten Kriegsmonaten sich eine Steigerung der Aufnahmeziffer von frisch erkrankten Geisteskranken aus der Zivilbevölkerung geltend gemacht habe gegenüber demselben Zeitraum in Friedenszeiten, hat nur aus wenigen Anstalten eine bejahende Antwort gezeitigt, darunter jedoch einige, die ausdrücklich die Mobilmachung und den Krieg als Ursache der Geistesstörung hervorheben [1]).

Was nun die Unterkunfts- und Dienstverhältnisse der Truppen im Kriege, und zwar zunächst in der Heimat, anbetrifft, so muß man anerkennen, daß sie ebenfalls zum Teil andere sind als im Frieden. Jetzt häufig Unterbringung in Baracken mit einem beschränkten Luftkubus auf den Kopf der Insassen, im Frieden der Aufenthalt in hygienischen Kasernen. Dazu die erhöhten Anstrengungen der Ausbildungszeit, die bei möglichster Kürze doch so umfassend sein muß, daß der kämpfenden Truppe ein nach allen Seiten hin durchgebildeter Ersatz zugeführt werden kann; ich kann mir wohl vorstellen, daß diese Tatsachen nicht spurlos vorübergehen an Menschen mit labilem Nervensystem, zumal bei bisher unausgebildeten, älteren Leuten, die gegen eine gewisse Behaglichkeit ihrer bisherigen Lebensführung nunmehr diesen Kontrast einzutauschen gezwungen sind. Heimweh, Sorge um das wirtschaftliche Fortkommen der Angehörigen kommt hinzu und ist sicherlich geeignet, die Psyche bei labilen, sensitiven Naturen ungünstig zu beeinflussen, so daß durch alle diese Umstände der Boden wohl vorbereitet erscheint, auf dem psychische Erkrankungen erwachsen können.

Ich wende mich nunmehr den einzelnen Krankheitsformen zu und beginne mit dem infektiösen Irresein.

Man versteht hierunter eine Geistesstörung, die durch Infektionsgifte erzeugt wird. Schon die kürzesten Infektionskrankheiten können deliriöse Fieberzustände im Gefolge haben mit Bewußtseinstrübungen, Sinnestäuschungen und Wahnideen, die aber verschwinden, wenn die Temperatur sinkt, die daher als echte Geistesstörungen noch nicht anzusprechen sind. Dazu werden sie erst, wenn sie auch bei normaler

[1]) Psych.-neurol. Wschr. 1915/16, Nr. 29—32.



Temperatur oder mäßigen Erhöhungen derselben fortbestehen. Ihre Erklärung finden sie in der Überschwemmung des Körpers mit Toxinen einerseits und einer Widerstandsschwäche des Körpers und insonderheit des Zentralnervensystems andrerseits. Anatomisch hat man Veränderungen der Zellelemente des Gehirns gefunden, von deren Wiederaufnahme der Funktion oder deren Zugrundegehen die Heilung oder das Fortbestehen der akuten Psychose abhängig ist.

In 1% der Fälle kam infektiöses Irresein hier zur Beobachtung. Schwere Eiterungen komplizierter Schußverletzungen sowie akute Infektionskrankheiten (Pneumonie) waren der Anlaß. Wenn auch in der Infektion selbst ein körperschwächendes Moment gesehen werden muß, so darf man sicherlich eine erhöhte Disposition da annehmen, wo durch Lebensführung oder körperliche und seelische Strapazen die Widerstandskraft des Körpers, die bei der Unschädlichmachung irgendwelcher Toxine eine so enorme Rolle spielt, beeinträchtigt ist. Dieser Faktor kommt dem Kriege zweifellos zu. Ich bin weit davon entfernt, in der durch äußere Einflüsse erzeugten körperlichen und seelischen Erschöpfung allein die Vorbedingung für diese Geistesstörung zu sehen, ein begünstigendes Moment ist sie aber unter allen Umständen, und kein Vorgang ist so zur Schaffung von Erschöpfungszuständen geeignet wie gerade der Krieg, in erster Linie beim Feldheer, aber auch in der Etappe und in der Heimat. Das wird am deutlichsten bewiesen durch die erhebliche Zahl der Erschöpfungsneurosen in den Heimatlazaretten, und auch auf der Geisteskrankenstation erschienen sie in 13.5% mit ausgesprochen psychotischem Charakter.

Unter der Bezeichnung: Erschöpfungsirresein faßt *Kraepelin*[1] drei Krankheitsgruppen zusammen, als deren Ursache ein übermäßiger Verbrauch oder ein ungenügender Ersatz von Nervenmaterial in der Hirnrinde anzusehen ist. Das ist der Fall bei schweren körperlichen Umwälzungen, wie Krankheit, Blutungen usw., sowie bei körperlichen, geistigen und gemütlichen Überanstrengungen. Diese drei Krankheitsgruppen sind das Kollapsdelirium, die akute halluzinatorische Verwirrtheit oder Amentia und die chronische, nervöse Erschöpfung oder Neurasthenie. Auf das Kollapsdelirium will ich nicht näher eingehen, da ich Belege dafür unter meinem Material nicht habe, ebenso

[1] *Kraepelin*, Lehrbuch der Psychiatrie.



kann ich mir die klinische Schilderung der Amentia ersparen, deren Symptome ich schon oben in dem erwähnten Fall von Mobilmachungspsychose angeführt habe. Unter meinen 13,5% waren eine erhebliche Anzahl von akuter halluzinatorischer Verwirrtheit, bei denen die Causa morbi lediglich in Erschöpfung zu suchen war. Die Sinnestäuschungen drehten sich fast vorwiegend um Erlebnisse aus dem Dienste, die Kranken hörten Gewehr- und Artilleriefeuer, glaubten sich im Kampfe, sahen Feinde und ähnliches. Der Ausgang war meist eine Genesung, sobald der sehr geschwächte, oft blutarme Körper und das hochgradig reizbare Nervensystem langsam zur Ruhe und Kräftigung gekommen war.

Die größte Mehrzahl aller Fälle wurde aber durch die schweren Erscheinungsformen der Neurasthenie gebildet.

Den meisten gebildeten Menschen ist der Begriff Neurasthenie oder Nervosität aus dem alltäglichen Berufsleben her geläufig. Ein jeder verbindet damit die Vorstellung von Unlustgefühlen, Reizbarkeit, schneller Ermüdung und subjektiven Beschwerden mannigfacher Art, und dieser Symptomenkomplex trifft im allgemeinen das Richtige; das sind auch die Anzeichen, die eine ungeheure Anzahl von Kriegsteilnehmern mit aus dem Felde bringen, und die eine Lazarettbehandlung notwendig machen. Solange die Erscheinungen sich in diesem Rahmen halten, hat man keinen Grund, von Psychosen zu sprechen. Aber die Grenzen, die geistige Gesundheit und Seelenstörung trennen, sind auch hier, oder gerade hier, flüssig, und man muß Symptome dann den Geisteskrankheiten zuzählen, wenn sie die freie Willensbestimmung beeinträchtigen oder so in den Vordergrund treten, daß sie alles Denken und Handeln überwuchern.

Geistige und körperliche Anstrengung ohne ausreichende Erholung durch Ruhe und Schlaf sind der Boden, auf dem die chronische nervöse Erschöpfung erwächst. *Kraepelin* führt als prädisponierende Tätigkeit an unter anderem Krieg und Manöver. Was der Krieg und ganz besonders der gegenwärtige für Anforderungen an Körper und Nerven stellt, davon kann sich nur der einen wahren Begriff machen, der tage-, ja wochenlange Verfolgungsmärsche ohne Ruhe und Rast mitgemacht hat, der stundenlang im Granatfeuer hat ausharren müssen in dem Bewußtsein, jeden Moment durch einen Volltreffer zerrissen zu werden. Es ist zweifellos richtig, wenn ich sage, daß der

jedem Menschen innewohnende Selbsterhaltungstrieb einen schweren Kampf auszufechten hat mit der Energie und dem Ehrgefühl in Momenten, wo man im Granatfeuer unbekümmert um alles streng seine Pflicht zu tun hat.

So ist es denn kein Wunder, wenn sich die gewöhnliche Reizbarkeit bis zu raptusartiger Erregung, das Ermüdungsgefühl bis zur Apathie, die Verstimmung bis zur Melancholie mit Selbstmordideen steigern kann, sogar Sinnestäuschungen und Verfolgungsideen treten in schwersten Fällen in Erscheinung. Dazu kommen quälende subjektive Empfindungen, wie Herzbeschwerden, Parästhesie, Kopfschmerz und Schlaflosigkeit, Angstzustände und Todesfurcht, kurz Krankheitserscheinungen, die die Bezeichnung Erschöpfungspsychose durchaus rechtfertigen.

Ein typisches Beispiel möge das Gesagte erläutern:

Ad., ein 21jähriger kräftiger Mann, außer durch Potatorium seines Vaters erblich nicht belastet, diente bei Ausbruch des Krieges aktiv und rückte sofort mit seinem Truppenteil aus, zuerst nach dem Osten, dann an die Westfront. Dort hatte er alle Operationen seines Regiments unverdrossen und mit freudiger Begeisterung mitgemacht, war im Bewegungskriege stets einer der ersten, im Stellungskriege häufig auf den gefährlichsten Posten, hatte Trommelfeuer und Angriffe über sich ergehen lassen und erfreute sich bei seinen Kameraden allgemeiner Wertschätzung, bei seinen Vorgesetzten allgemeiner Zufriedenheit, was aus seinem Dienstzeugnis hervorging. Da wurde er selbst durch einen Streifschuß leicht verwundet und kam ins Feldlazarett, aber nach kurzer Zeit wieder zur Truppe zurück, wo er wieder allen Strapazen in alter Weise ausgesetzt war, und da gerade dort und zu jener Zeit wegen drohender Angriffe des Feindes erhöhte Wachsamkeit und Anspannung aller verfügbaren Kräfte erforderlich war, war es manchmal mit der notdürftigsten Ruhe schlecht bestellt. Da traten die ersten Erschöpfungserscheinungen bei ihm zutage. Er wurde reizbar und unfreundlich, was seinen Kameraden allgemein auffiel, er wurde nachlässig und unzuverlässig im Dienst, was ihm von seinem Kompagnieführer die Notiz: „Seit seiner Rückkehr aus dem Lazarett Führung schlecht" eintrug. Er begann, auf dem vordersten Grabenposten Unfug zu treiben, schüttete das Pulver aus den Patronen und verbrannte es, schoß durch einen Baum, um die Durchschlagskraft seines Gewehres zu probieren, saß oft apathisch da, kurz er wurde zur Kompagnie zur Bestrafung zurückgeschickt, von da aber mit einem Auftrag wieder nach vorn. Hier kam er nicht an, war verschwunden und wurde nach Monaten erst wieder in einem russischen Gefangenenlager entdeckt, wo er — er hatte sich einen russischen Namen beigelegt — als russischer



Zivilgefangener interniert war. Er wurde unter Anklage gestellt, und da er dem Gericht nicht zurechnungsfähig erschien, der Geisteskranken-station zur Beobachtung überwiesen.

Hier zeigte er bei der körperlichen Untersuchung alle Anzeichen einer neurasthenischen Erkrankung, gesteigerte Sehnenreflexe, Tremor der Lider, Zunge und Hände, starke Erregbarkeit der Herztätigkeit mit leichter Vergrößerung, Hyperhidrosis der Achselhöhlen, sehr starke Gefäßerregbarkeit und Schmerzhaftigkeit der Nervenaustrittsstellen. Er war derart ängstlich erregt, daß er unter das Bett kroch, weil er sich vor der Untersuchung fürchtete, und erst nach Tagen hatte er sich soweit beruhigt, daß er für eine Exploration zugänglich war. Nun schilderte er seine Erlebnisse und seinen Seelenzustand. Er habe Angstzustände bekommen, die ihm den Schlaf geraubt hätten, bei jedem Einschlag von Granaten sei er fast besinnungslos geworden, nirgends habe er Ruhe gehabt, jedes Geräusch, jede harmlose Spötterei seiner Kameraden habe ihn in tobsüchtige Wut versetzt. Als er nach Genesung von seiner Verwundung zur Truppe zurückmußte, seien seine Beschwerden in verstärktem Maße in Erscheinung getreten. Er habe manchmal nicht mehr gewußt, was er tat, habe maßlose Kopf- und Rückenschmerzen gehabt und sei im Schlaf oft aufgeschreckt, weil er sich beim Namen rufen hörte. Seine Verzweiflung habe sich zur Todesangst gesteigert, ihm sei der Gedanke gekommen, wenn er nur noch einmal seine Mutter sehen könnte, dieser Gedanke habe alles bessere Gefühl so überwuchert, daß er ihn habe ausführen müssen, und so machte er sich auf zu Fuß nach der Grenze und in die ferne Heimat.

Auf der Station war er anfangs sehr erregt, er weinte bei jeder Gelegenheit, beklagte sein Schicksal und wünschte sich den Tod, da er, mit der Schande der Fahnenflucht bedeckt, sich in seiner Heimat nicht blicken lassen könne.

Ich habe den Mann als geisteskrank begutachtet, denn zweifellos befand er sich bei der Begehung seiner strafbaren Handlung in einem Zustande von krankhafter Störung der Geistestätigkeit, durch welchen die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war. Vom Kriegsgericht wurde daraufhin das Verfahren eingestellt.

Ich habe gerade diesen Fall hier als Beispiel herangezogen, weil die von dem Kranken gemachten Schilderungen zum größten Teile durch Zeugenvernehmungen erhärtet waren und das Entstehen der Erkrankung aus Anlaß der Kriegsstrapazen somit einwandfrei bewiesen ist.

Selbstverständlich zeigen nicht alle Fälle von chronischer, nervöser Erschöpfung diese Intensität, aber der Symptomenkomplex ist meist der gleiche, und das auslösende Moment in der Mehrzahl der Fälle die erhöhte Anforderung des Militärdienstes, wobei ich noch einmal wiederholen will, daß die nervöse Disposition bei dem Zustandekommen eine erhebliche Rolle spielt.



Auf die psychischen Momente des Schützengrabenkrieges mit allen seinen Faktoren hat auch *Meyer* (oben zitiert) bei der Beschreibung dieses Krankheitsbildes hingewiesen, und man geht zweifellos nicht fehl, wenn man die chronische nervöse Erschöpfung im Heere als eine Kriegskrankheit κατ᾽ ἐξοχήν bezeichnet.

Ganz anders verhält es sich mit dem Alkoholismus. Es ist sicher kein Zufall, wenn von meinen Fällen nur der geringere Teil im Felde gewesen war; Alkoholismus an der Front gehört eben zu den Seltenheiten, und *Moll* (oben zitiert) hat ganz recht, wenn er sagt, er habe im Felde nur wenig Trunksucht oder deren Folgen gesehen.

Die Formen, unter denen der Alkoholismus auf der Geisteskrankenstation hier in Erscheinung trat, waren hauptsächlich das Trinkerdelirium, der pathologische Rauschzustand, die Dipsomanie und die Alkoholparanoia. Eine spezifische Wirkung des Krieges an der Front habe ich in keinem Falle konstatieren können, abgesehen von vielleicht vereinzelten Einflüssen auf die Wahnbildung oder einzelnen akuten Alkoholdelirien, bei denen man als disponierendes Moment eine nervöse und körperliche Schwächung durch den Krieg anzunehmen berechtigt war, auf welcher Grundlage ein gelegentlicher Alkoholabusus seine toxischen Wirkungen krasser entfalten konnte. Wenn trotzdem der Alkoholismus mit die größte Anzahl Krankheitsfälle auf sich vereinigt und prozentualiter gegenwärtig so viel stärker vertreten ist als zu Friedenszeiten, so liegt das lediglich an der gegenwärtigen Zusammensetzung des Heeres, das vielfach die Lebensalter aufweist, in denen der Alkoholismus seine Hauptverbreitung auch im bürgerlichen Leben hat, anderseits daran, daß die Gelegenheit zum Alkoholmißbrauch in den Garnisonen eine sehr starke ist, während im Felde auch der Gewohnheitstrinker, infolge des doch sicher nicht im Übermaß vorhandenen Stoffes notgedrungen in gewissem Grade abstinent leben muß.

Ich komme nunmehr zur Dementia praecox, jener Gruppe von Geistesstörungen, die wohl in den meisten Statistiken am zahlreichsten vertreten ist, die auch in *Weyerts* Friedenszusammenstellung 21,7% aller von ihm beobachteten Fälle darstellt.

Dementia praecox ist gewissermaßen ein Sammelname für drei Symptomenkomplexe, die äußerlich betrachtet verschieden sein können, die aber alle zu dem gleichen Ziele führen, nämlich der vorzeitigen,



mehr oder weniger hochgradigen Verblödung. Während bei der katatonen Form, der eigentlichen Katatonie *Kahlbaums*, Spannungszustände dem Krankheitsbilde das markanteste Gepräge geben, zeigt die Hebephrenie mehr manischen Charakter, bei der Dementia paranoides herrschen ausgesprochene Wahnideen und Sinnestäuschungen vor, so daß eine Scheidung dieser Form von der Paranoia chronica auch heute noch von vielen Psychiatern speziell der älteren Generation nicht streng durchgeführt wird und auch häufig mit erheblichen Schwierigkeiten verknüpft ist. So ungleiche Geschwister diese drei obenhin betrachtet zu sein scheinen, wird man bei genauer Prüfung doch in jedem Falle verwandte Züge feststellen können, und zwar in erster Linie die Störung der Auffassung, der Aufmerksamkeit, der Urteilsfähigkeit und des Gemütslebens, dazu kommen mannigfache Krankheitserscheinungen auf dem Gebiete des Benehmens und Handelns, als da sind: Stereotypien, Negativismus, Manieren und ähnliches mehr. Es würde zu weit führen, genauer auf die einzelnen Formen einzugehen, es erübrigt sich auch, handelt es sich doch lediglich darum, zu untersuchen, ob der Krieg auf das Zustandekommen dieser geistigen Störung Einfluß hat oder nicht. Für die Beantwortung dieser Frage ist die Erörterung der mutmaßlichen Entstehungsursache der Dementia praecox unerläßlich. Aber leider ist man zu einer sicheren Erkenntnis, wie bei den meisten geistigen Störungen, auch hier noch nicht durchgedrungen.

Eine große Rolle spielt bei der Entstehung sicherlich die erbliche Belastung, die von namhaften Forschern in 60—70% aller Fälle nachgewiesen ist. Der Umstand aber, daß pathologisch-anatomisch zweifellos organische Schädigungen der Zellelemente des Gehirns nachgewiesen sind, hat die Vermutung nahegelegt, daß es sich um eine chemische Giftwirkung handelt und vielleicht, da die Anfänge des Leidens zumeist bis in die Zeit der Pubertät zurückverfolgt werden können, „um eine Selbstvergiftung, die möglicherweise in irgendeinem näheren oder entfernteren Zusammenhange mit Vorgängen in den Geschlechtsorganen stehen" (*Kraepelin*). Es hat diese Hypothese sehr viel Wahrscheinlichkeit für sich, wissen wir doch, daß gerade drüsige Sekretions- oder Umsatzprodukte auch anderer Drüsen, ich erinnere nur an die Thyreoidea, gelegentlich ihre Giftwirkung recht deletär entfalten. Soviel ist jedoch wohl als sicher anzunehmen, daß es meist minder



widerstandsfähige Nervensysteme sind, die dem schädigenden Agens erliegen, zu diesem Schlusse ist man meines Erachtens berechtigt, wenn man die hohe Prozentzahl der erblichen Belastung ins Auge faßt.

Nun stelle man sich vor: ein Mensch, bei dem die eben geschilderten ätiologischen Vorbedingungen zutreffen, wird starken seelischen und körperlichen Strapazen ausgesetzt, die ihrerseits an einem vollkräftigen Nervensystem nicht spurlos vorübergehen, muß es nicht da zum Zusammenbruch kommen? Die Erfahrung lehrt es; zur Illustration diene folgender Fall.

X. Y., von Beruf Landwirt, war erblich mit Nervenkrankheiten mehrfach belastet, machte aber eine normale Entwicklung durch und hat als Einjährig-Freiwilliger gedient. Bei Ausbruch des Krieges trat er ein und wurde im Laufe desselben zum Leutnant befördert. Bei dem Regiment hat er von Anfang an alle Kämpfe desselben mitgemacht und erkrankte nach etwa 15 Monaten unter Verstimmungs- und Ermüdungserscheinungen, die durch das Auftreten von Sinnestäuschungen bald einen psychotischen Charakter annahmen. Er wurde direkt von der Front der Geisteskrankenstation zugeführt und kam in schwerkrankem Zustande hier an, bei welcher Gelegenheit schon starke Hemmungszustände und Sinnestäuschungen festgestellt wurden; so hörte er den Kaiser rufen, hörte Kanonendonner und anderes mehr. Bald verfiel er in einen vollständig negativistischen Zustand; er lag steif im Bett mit fest zugekniffenen Augen, zusammengebissenen Zähnen und setzte jedem Versuch, ihm Nahrung zu verabreichen — von selbst aß er nicht —, heftigsten Widerstand entgegen. Er mußte schließlich mit der Sonde gefüttert werden. Er sprach kein Wort, auch als seine Mutter und Braut ihn besuchten, verblieb er durchaus mutazistisch und negativistisch. Dieser Zustand dauerte Wochen und wurde nur gelegentlich durch einen plötzlichen Raptus unterbrochen, in welchem er einmal durch ein offenstehendes Fenster in den Garten sprang und den Zaun zu überklettern versuchte. Zurückgebracht, lag er wieder starr und steif da. Ganz allmählich löste sich diese Spannung, er öffnete die Augen, nahm selbständig Nahrung zu sich und fing an zu sprechen. Er schilderte alles, was er mitgemacht hatte, und gab an, in den letzten Tagen seines Aufenthaltes bei der Truppe viel an Kopfschmerzen gelitten zu haben, ferner sei ihm eine langsam sich steigernde Denkhemmung aufgefallen, die er nur mit größter Mühe habe überwinden können.

Dieser Fall läßt klar erkennen, daß einzig und allein die Strapazen des Krieges schuld sind an dem Ausbruche des Leidens. Es ist mit Sicherheit anzunehmen, daß es zu dieser Erkrankung nicht gekommen wäre, wenn er in seinem ruhigen Zivilberufe verblieben wäre;



den Anforderungen war sein Nervensystem gewachsen, die größeren vertrug es auf die Dauer nicht.

Die progressive Paralyse hat mit dem Kriege verhältnismäßig recht wenig zu tun. Wir wissen, daß sie fast ausnahmslos als eine Folgeerscheinung der Lues anzusehen ist. Das Alter, in dem sie am häufigsten zur Beobachtung kommt, ist die Zeit zwischen dem 35. und 50. Lebensjahre, früheres Auftreten gehört zu den Seltenheiten, ebenso die Erkrankung im späteren Alter. Es wird zwar allgenein angenommen, und das ist auch zweifellos richtig, daß schwere, insbesondere seelische Strapazen den Ausbruch einer Paralyse begünstigen, und ohne Frage wirkt auch der Krieg in diesem Sinne; das scheint schon daraus hervorzugehen, daß alle Fälle bei den gedienten Mannschaften bis auf einen im Felde erkrankt waren bzw. im Felde waren. Die ersten Anfänge der Paralyse können ja lange verborgen bleiben, und es können daher auch diese eben erwähnten Fälle schon vor dem Kriege krank gewesen sein. Man wird aber bei der Frage nach Dienstbeschädigung, selbstverständlich nach genauster Prüfung des Zeitpunktes der ersten Symptome, nicht umhin können, in einer Anzahl von Paralysen Dienstbeschädigung anzunehmen, eben in Rücksicht auf den Erfahrungssatz, daß besondere Anforderungen an Körper und Geist ein begünstigendes Moment schon im bürgerlichen Leben abgeben, wieviel mehr im Kriege. Einen besonderen Charakter im Verlaufe der Paralysen als Einwirkung des Krieges war ich festzustellen nicht in der Lage, ebensowenig war ein besonders frühes Auftreten zu beobachten.

Das Irresein des Rückbildungsalters sowie bei Hirnerkrankungen kann ich übergehen, bei deren Zustandekommen spielte der Krieg keine spezifische Rolle.

Dagegen kann das manisch-depressive Irresein wieder als einer derjenigen Symptomenkomplexe bezeichnet werden, in dem die spezifische Wirkung des Krieges deutlicher zum Ausdruck kommt.

Das manisch-depressive Irresein ist letzten Endes als eine Störung des psychischen Gleichgewichts aufzufassen mit exzessiven Schwankungen nach der einen: manischen — und der andern: melancholischen Seite hin sowie mit freien Intervallen. Nicht stets in buntem Wechsel spielen sich alle diese Schwankungen ab — die eine oder andere Phase kann oft fehlen —, wohl aber kann man von Perioden



sprechen dergestalt, daß einer kranken Phase ein gesunder Abschnitt folgt, weshalb man auch früher den Namen „periodisches Irresein" dafür geprägt hatte. Meist sind es degenerierte Naturen, die der Krankheit verfallen, hat doch *Kraepelin* in 80% aller Fälle erbliche Belastung nachzuweisen vermocht. Was den Symptomenkomplex der Geistesstörung anbetrifft, so ist die manische Phase charakterisiert durch Ideenflucht, gehobene Stimmung und Beschäftigungsdrang, während die melancholische Phase unter den Zeichen einer psychischen Depression und psychomotorischer Hemmung steht. Wahnideen und Sinnestäuschungen werden in jedem der Anfälle selten vermißt.

Ich will auf die Differentialdiagnose nicht näher eingehen, möchte aber betonen, daß die Abgrenzung zwischen dem manisch-depressiven Irresein und der Dementia praecox sowie den ersten Anfängen der Paralyse gelegentlich recht schwierig ist. Gerade psychomotorische Hemmungen und katatonische Spannungserscheinungen sind häufig schwer zu unterscheiden, um so mehr, wenn nur eine kurze Beobachtung möglich ist, wie das in hiesiger Geisteskrankenstation der Fall war, die darauf bedacht sein muß, möglichst viele Plätze für Neuaufnahmen freizumachen.

Hat nun der Krieg auf die Entstehung dieser Geistesstörung einen begünstigenden Einfluß? Diese Frage muß zweifellos bejaht werden. Wenn ich auch all die schon oben näher erwähnten Erwägungen, die sich aus der großen Masse und Vielgestaltigkeit unseres gegenwärtigen Soldatenmaterials ergeben, durchaus für das manisch-depressive Irresein gelten lassen will, so glaube ich doch schon aus den Zahlen allein berechtigt zu sein, dem Kriege eine besondere Wichtigkeit zumessen zu dürfen. *Weyer* fand 1,9% Erkrankungsfälle im Frieden, ich konnte 6% im Kriege beobachten. Wenn man nun noch in Betracht zieht, daß nachgewiesenermaßen 3/4 aller Erkrankungen an manisch-depressivem Irresein vor dem 25. Lebensjahre erfolgen, welchem Alter der Hauptbestandteil der Friedensarmee angehört, so ergibt sich daraus noch ein Beweismittel mehr für die Einwirkung des Krieges, denn da der größte Teil der jetzigen Armee höhere Lebensalter umfaßt, müßte eigentlich die Prozentzahl jetzt geringer sein als bei jungen Truppen.

Was die Erscheinungsform dieser Geisteskrankheit anbetraf, so herrschten vorwiegend die depressiven Phasen vor. Bange Sorge um sich und die Angehörigen, Furcht vor etwas Schrecklichem, das jeden



Augenblick eintreffen müsse, beherrschten das ganze Denken der Kranken. Heimweh und Todesahnung ließ sich überall deutlich nachweisen. Bei manch einem der im Felde Erkrankten — es waren das über die Hälfte — ließen sich deutlich die ersten Anfänge sozusagen bis in den Schützengraben zurückverfolgen, bei manchem war klar zu erkennen, daß die plötzliche Loslösung aus der Ruhe des täglichen Lebens, aus der gewohnten Umgebung der Familie den ersten Anstoß zur geistigen Zerrüttung gegeben hatte, die vollkommen wurde, als zu der Sorge um die Zukunft die Anstrengung des Kriegsdienstes hinzukam. Oft schlug diese Depression in typische Manie um, oft ging sie ohne weiteres in Heilung über. Wenn Sinnestäuschungen zur Beobachtung kamen, so drehten sie sich fast ausnahmslos um Kriegsereignisse und dokumentierten damit die gewaltigen Eindrücke, die der Krieg auf das Seelenleben der Erkrankten gemacht haben muß.

Die Paranoia chronica im *Kraepelin*schen Sinne ist eine verhältnismäßig seltene Erkrankung. Wenn sie mit 7,6% in meiner Aufstellung erscheint, so gebe ich, wie schon eingangs erwähnt, zu, daß alle Fälle einer scharfen Diagnose nicht standhalten würden, es sind zweifellos manche Fälle von Dementia paranoides sowie manche Alkoholparanoien dazwischen; den Grund für dieses Versehen habe ich schon oben auseinandergesetzt. Das Kriterium der *Kraepelin*schen Paranoia ist ein unerschüttertes Wahnsystem bei vollkommener Erhaltung der Besonnenheit und Ordnung des Gedankenganges, ein Wahnsystem, das sich gewissermaßen schleichend entwickelt hat, das schon lange bestand, ehe es von der Umgebung entdeckt wurde. In einer großen Anzahl von Fällen konnte ich feststellen, daß der Kranke schon vor seiner Einstellung als Landwehr- oder Landsturmmann Wahnideen hatte, die aber langsam etwas in den Hintergrund getreten waren, so daß sie bei der Einstellung nicht entdeckt wurden. Erst der Krieg mit seinen gewaltigen Eindrücken sowie das enge Zusammenleben und Aufeinanderangewiesensein der Soldaten führte dem Wahnsystem des Kranken neue Nahrung zu und ließ es deutlicher in Erscheinung treten.

So kommt dem Kriege eigentlich keine nennenswerte Bedeutung als ursächliches Moment zu, sondern nur als aggravierender Faktor, der, ich möchte sagen, schon fast eingeschlafene Wahnvorstellungen neu belebte; und in der Tat fand man häufig neue, aus dem Kriege



mit seinen Ereignissen entlehnte Ideen, die mit dem alten System verwoben wurden. Ich möchte nur kurz einen Fall erwähnen, der das deutlich erkennen läßt:

Der Armierungssoldat H., ca. 40 Jahre alt, hatte schon seit Jahren die religiöse Vorstellung, er sei von Gott berufen, sei ein Auserwählter, der Stellvertreter Gottes, er las aus der Bibel die göttlichen Befehle. Er suchte die Welt zu bekehren und war schon einmal in einer öffentlichen Irrenanstalt gewesen und entmündigt worden. Seine Wahnideen hatten, da sie mehr und mehr zurückgetreten waren, schließlich niemand mehr belästigt, er war ein fleißiger Arbeiter, aber allen als merkwürdiger Kauz bekannt. Er wurde ausgehoben und kam bald mit der straffen Disziplin in Konflikt, weil er sich weigerte, Sonntags zu arbeiten. Die Zerstörungen des Krieges, die er rings um sich sah, besonders die zerschossenen und verbrannten Kirchen, erzeugten in ihm den Gedankengang, daß es verruchte Menschen seien, unter denen er sich aufhalte, die selbst vor dem Heiligsten keine Scheu hätten; seine Auserwähltheit kam ihm wieder mehr zum Bewußtsein, und als er irgendeiner Unregelmäßigkeit wegen scharf angelassen wurde, schlug er die Bibel auf, um göttliche Informationen zu erhalten. Als sein Auge auf die Worte fiel: „Fliehet aus Babel", da gab es für ihn kein Halten mehr, er entfloh.

Bei der Begutachtung im kriegsgerichtlichen Verfahren war es leicht, seine Unzurechnungsfähigkeit nachzuweisen, das Verfahren wurde eingestellt.

In 10,7% aller Fälle kamen Epileptiker zur Aufnahme; der größte Teil derselben hatte schon früher Anfälle gehabt. Bei dem kleineren Teile waren sie zum ersten Male nach der Einstellung in Erscheinung getreten. Aber auch bei denjenigen, die schon früher an Krampfanfällen gelitten hatten, war in einer großen Anzahl eine Verschlimmerung, was Zahl und Intensität der Anfälle anbetraf, nachzuweisen, eine Erscheinung, die man zweifellos den Strapazen des Heeresdienstes zur Last legen muß. Man ist sicherlich zu dem Schlusse berechtigt, daß, wenn ein Leiden unter der Einwirkung irgendeiner besonderen Veranlassung oder einer aus dem gewöhnlichen Rahmen heraustretenden Inanspruchnahme der Kräfte entsteht, hierin auch die Ursache zu sehen ist. Mag es auch richtig sein, daß eine Epilepsie nur auf degenerativem oder sonstwie vorbereitetem Boden erwächst, man wird immerhin annehmen müssen, daß der Krieg allein als ursächliches Moment in Frage kommt in den Fällen, wo epileptische Anfälle oder Äquivalente zum ersten Male im Kriege aufgetreten sind.

Folgendes Beispiel möge zur Erläuterung dienen:



N. N., ein etwa 22jähriger Bauernsohn, aus gesunder Familie, hatte nie in seinem Leben Krämpfe oder geistige Anomalien dargeboten, wie sowohl die Eltern als auch die Ortsbehörde bestätigten, und war als aktiver Soldat bei der Mobilmachung ins Feld gezogen. Bis zum Herbst 1915 hatte er alles mitgemacht und wurde durch einen Streifschuß am Oberschenkel verwundet, der eine mäßige, mit der Unterlage nicht verwachsene Narbe hinterließ, ohne die Funktion des Gliedes sonst irgendwie zu beeinträchtigen. Während seines Aufenthaltes im Lazarett bekam er eines Tages einen Wutanfall, in welchem er brüllte und tobte, so daß er der Geisteskrankenstation überwiesen werden mußte. Als er dort anlangte, war der Erregungszustand abgelaufen, er war freundlich und geordnet und bat, möglichst bald wieder ins Feld zurückgeschickt zu werden. Da er selbst angab, er habe im Lazarett kurz vorher etwas getrunken, so glaubten wir, es habe sich um eine alkoholische akute Erregung gehandelt, und waren drauf und dran, ihn als dienstfähig zu entlassen, als er plötzlich, nachdem schon einige Stunden vorher eine gewisse Reizbarkeit des sonst stets freundlichen, dienstbereiten Mannes aufgefallen war, unmotiviert auf einen Kameraden einzuschlagen begann. Er wurde sofort festgehalten, wogegen er sich mit Händen und Füßen unter Brüllen wehrte, sein Geschrei ging in Stöhnen und Zähneknirschen über, seine Gliedmaßen krampften sich zusammen, tonisch-klonische Krämpfe traten aber nicht in Erscheinung. Auf Anrufen reagierte er nicht, das Gesicht war zyanotisch, die Pupillen waren starr, die Bulbi nach oben gedreht, die Zunge zeigte einen frischen Biß.

Nach einiger Zeit kam er scheinbar zu sich, sah aber verstört umher und zeigte einen typischen Dämmerzustand, er war schlafbedürftig und wachte nach ½—1 Stunde völlig klar, aber total amnestisch auf; nur das Gefühl von Zerschlagenheit im Körper sowie Kopfschmerzen sagten ihm, daß etwas mit ihm vorgegangen sein mußte, worüber er im unklaren war. Ganz besonders klagte er über Schmerzen in der Wundnarbe.

Die gleichen Anfälle wiederholten sich etwa alle 8—10 Tage. Er wurde als dienstunbrauchbar zur Entlassung eingegeben.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß es sich hier um echte epileptische Zustände handelt, zumal auch hysterische Stigmata nicht vorhanden waren, wenn auch der Anfall selbst kein typischer genannt werden kann. Aber was heißt typischer Anfall bei der Epilepsie! Die Erscheinungsformen sind so mannigfach, daß man sagen möchte, die typischen Anfälle sind Ausnahmen. Ich brauche nur zu erinnern an all die epileptischen Äquivalente, an Dipsomanie und pathologische Rauschzustände, die man mehr und mehr geneigt ist, als epileptische Formen anzusehen; ich erinnere nur an die epileptischen Dämmerzustände, die gerade bei der Militärpsychiatrie solch große Rolle



spielen, und die von *Stier*[1]) in mustergültiger Weise durchforscht und beschrieben sind. Ich möchte nicht verfehlen, auf die Wutzustände hinzuweisen, die ebenfalls bei der Epilepsie vorkommen, von denen ich mehrere zu beobachten Gelegenheit hatte, zwischen welchen und den „typischen" Anfällen der geschilderte Fall einen Übergang bildet. Der Amok der Malayen ist nichts anderes als ein derartiger Wutanfall, in welchem der Befallene blind und bewußtseinsgetrübt alles niederstößt, was ihm in den Weg kommt.

Während ich bisher nur von sogenannter genuiner Epilepsie gesprochen habe, die ihre Verschlimmerung oder Auslösung den allgemeinen nervösen Schädigungen, die der Krieg und Kriegsdienst mit sich bringt, zu verdanken hat, möchte ich aber nicht verfehlen, hinzuweisen auf die traumatische Epilepsie, die ihre Entstehung organischen Schädigungen des Zentralnervensystems selbst verdankt, nämlich den Schußverletzungen des Gehirns mit ihren Narbenbildungen und den Gehirnerschütterungen durch Schlag oder Sturz und nicht zum wenigsten durch Granat- oder Minenexplosionen. Denn daß diese Explosionen nicht nur psychische Schockwirkungen haben, sondern echte Erschütterungen der Gehirnmasse durch Luftdruck darstellen, ist zweifellos; darauf werde ich noch einmal bei der Hysterie zurückkommen. Die traumatische Epilepsie ist ein wohl allgemein anerkannter Begriff, und die Chirurgen werden Gelegenheit haben wie nie, ihre operativen Erfolge zu vermehren und die Spezialforschung zu bereichern.

Scheinbar nahe verwandt mit der Epilepsie ihrem ganzen Symptomenkomplexe nach ist die Hysterie, die ja auch von *Kraepelin* mit der Epilepsie unter dem Sammelnamen der allgemeinen Neurosen zusammengestellt ist.

Eine scharfe Definition der Hysterie zu geben ist kaum möglich; ganz allgemein ausgedrückt, liegt das Wesen der Krankheit in einem Mißverhältnis zwischen Hemmung und Antrieb oder, wie *Kraepelin* sich ausdrückt, in der „außerordentlichen Leichtigkeit und Schnelligkeit, mit welcher sich psychische Zustände in mannigfachen körperlichen Störungen wirksam zeigen, seien es Anästhesien oder Parästhesien, seien es Ausdrucksbewegungen, Lähmungen, Krämpfe oder Sekretionsanomalien".

[1]) *Stier*, Fahnenflucht und unerlaubte Entfernung.



Ich will auf die einzelnen Symptome nicht näher eingehen, das Krankheitsbild der Hysterie in seiner Vielgestaltigkeit ist zu bekannt, als daß es einer näheren Schilderung bedürfte, ich will nur hervorheben, daß Dämmerzustände, ängstliche und traurige Verstimmung sowie läppische Erregung und gelegentliche, massenhafte Sinnestäuschungen die Bezeichnung Psychose durchaus rechtfertigen. Was die Ursache anbetrifft, so ist mit Sicherheit näheres darüber nicht bekannt; eine große Rolle spielt hier wie überall die erbliche Belastung, die mit 70—80% nachgewiesen ist. Schon vor längerer Zeit haben *Freud* und seine Anhänger die Theorie aufgestellt und zu beweisen versucht, daß die Hysterie auf ein sexuelles Erlebnis in frühester Jugend zurückzuführen sei, das im Unterbewußtsein fortlebe; wenn es gelinge, auf psycho-analytischem Wege dieses Ereignis ins Wachbewußtsein zu überführen, so verschwinden die hysterischen Symptome. Diese Erklärung erscheint mir recht zweifelhaft, sie hat auch von berufenster Seite schon recht scharfe Ablehnung erfahren.

Die männliche Hysterie, die man eigentlich immer als eine verhältnismäßig seltene Krankheit ansah, scheint nun im Kriege recht häufig aufzutreten. Die Mehrzahl der Hysterien wird aber in den Lazaretten und den Nervenstationen zu finden sein, dort wird man die interessantesten Krankheitsbilder zu Gesicht bekommen, weniger auf den Geisteskrankenabteilungen. Ich konnte auf der Geisteskrankenstation 7,8% der Fälle beobachten, von diesen waren etwa $^1/_3$ im Felde erkrankt, und zwar meist infolge Einwirkung von Granat- oder Minenexplosion, anderseits aber auch als Folge chronischer Erschöpfung. Dämmerzustände und Somnambulismus und schwere Depressionen mit Sinnestäuschungen waren die Symptome; gesichert wurde die Diagnose Hysterie durch gelegentliche typische Anfälle mit Sprach- und Extremitätenlähmungen sowie durch herdförmige Sensibilitätsstörungen oder andere Stigmata.

Eines typischen Falles möchte ich kurz Erwähnung tun; es handelte sich um einen jungen Kriegsfreiwilligen, der zum ersten Male von einem Anfall betroffen wurde, nachdem er bei Nacht auf einer Felddienstübung unvermutet bis an den Hals in ein Wasserloch gefallen war. Schwere Anfälle in großer Zahl waren die Folge, Sprachlähmungen und andere Symptome einer echten Hysterie vervollständigten das Krankheitsbild. In diesem Falle war es der unvermutete Schreck, gewissermaßen ein



psychischer Schock, der das Leiden auslöste, wobei man eine gewisse Disposition des Nervensystems wohl annehmen darf.

Bei keiner andern Geisteskrankheit oder Neurose ist das auslösende Moment des Krieges so klar ersichtlich wie gerade bei der Hysterie. Mit Sicherheit konnte man in vielen Fällen feststellen, daß der erste Anfall, das erste andere Symptom nach einer Granatexplosion, einer Verschüttung oder einem andern Zufall eingetreten war. Aber auch hysterieartige Krankheitsbilder kommen vor, mit Lähmungen und ähnlichen Erscheinungen, die tatsächlich Ausfallserscheinungen sind, denn die Granatexplosionen wirken nicht lediglich als psychischer Schock, sie sind als wirkliche Gehirnerschütterungen aufzufassen, die Schädigung der Zellelemente des Nervensystems zur Folge haben können. Diese Auffassung vertritt *v. Sarbó* [1])-Budapest, wenn er sagt: „Der durch Geschoßexplosionen hervorgerufene mächtige Luftdruck kann ohne äußerliche Verletzung zu tödlicher Gehirnblutung führen, oder es können Läsionen eintreten, die die zytologische Struktur, den Zustand von Ganglienzelle und Faser derart beeinträchtigen, daß es zu Ausfallserscheinungen kommt"; er nennt diese Läsionen mikroorganische Veränderungen. Auch *Oppenheim* [2]) mißt dem Luftdruck derartige Fähigkeiten bei und nimmt ebenfalls feinere organische Veränderungen an, durch die manches rein hysterisch erscheinende Symptom eine bessere Erklärung findet; er weist besonders hin auf die Erschütterung des vasomotorischen Nervensystems.

Die konstitutionelle Verstimmung, das Zwangsirresein, das impulsive Irresein und die konträre Sexualempfindung bilden die Gruppe der psychopathischen Zustände. Bei keiner andern Seelenstörung ist man so von Entartung zu sprechen berechtigt wie hier, man hat daher auch die Psychopathie geradezu das Entartungsirresein genannt. Krankhaft angelegte Persönlichkeiten sind es mit starker erblicher Belastung, Zurückgebliebenheit des Körpers und andern Bildungshemmungen, die die Träger dieser Psychosen darstellen; dauernd krankhafte Verarbeitung der Lebensreize, Widersprüche in der Folgerichtigkeit des Denkens, unvermittelte Stimmungsschwan-

---

[1]) *v. Sorbó*, Über den sogenannten Nervenschock nach Granatexplosionen. Wien. klin. Wschr. Nr. 4.

[2]) *Oppenhain*, Über Kriegsverletzungen des peripherischen und zentralen Nervensystems. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung.



kungen und Absonderlichkeiten des Handelns, die den Eindruck des Unausgeglichenen, Verschrobenen machen, sind der Inhalt der Krankheitsbilder (*Kraepelin*[1])).

Die konstitutionelle Verstimmung ist gekennzeichnet durch eine „andauernd trübe Gefühlsbetonung aller Lebenserfahrungen"; die Kranken kommen eigentlich von Jugend auf nie zur rechten, uneingeschränkten Lebensfreude, sie sind mutlos, wankelmütig, unmotiviert gereizt, zu Selbstquälereien geneigt und sich und ihrer Umgebung eine Last.

Bei dem Zwangsirresein stehen, wie der Name sagt, Zwangsvorstellungen im Vordergrund; Angstgefühle, Grübelsucht, Befürchtungen wie Platzangst, Höhenfurcht oder ähnliches mehr sind die Symptome, die die Kranken nicht zur Ruhe kommen lassen.

Obenhin betrachtet, haben beide Krankheitsbilder viel mit den chronischen Erschöpfungszuständen gemein, man hat sie daher auch geradezu mit angeborener Neurasthenie bezeichnet. Dieser Name ist sehr gut gewählt, er enthält die ganze Differentialdiagnose, er gestattet auch den besten Ausblick auf die Prognose, die, da es sich hier um angeborene und degenerative Vorgänge handelt, naturgemäß viel ungünstiger sein muß wie bei der erworbenen Neurasthenie.

Wenn dem nun so ist, so kann der Krieg oder irgendein anderes Ereignis niemals das auslösende Moment einer derartigen Psychose sein. Nur aggravierend können diejenigen Momente, die in dem Vorhergehenden als auslösend oder schädigend angesprochen sind, in Betracht kommen. Ich hatte Gelegenheit, 6,8% der Fälle zu beobachten; die größte Mehrzahl litt an konstitutionellen Verstimmungen und Zwangsvorstellungen.

Die Krankheitsbilder hatten mit schwereren neurasthenischen Erscheinungen viel Ähnlichkeit, die Differentialdiagnose war aus der Vorgeschichte jedoch meist nicht schwer. Eine Verschlimmerung durch den Krieg war sehr oft nachweisbar, es ist das ja auch erklärlich; denn wer schon an Befürchtungen, Platzangst und ähnlichem leidet oder dazu neigt, muß in Situationen, wo tatsächlich Grund dazu vorliegt, ganz besonders dadurch alteriert werden.

Was nun schließlich die psychischen Entwicklungshemmungen, den Schwachsinn (Imbezillität) anbetrifft — die Idiotie kommt

[1]) *Kraepelin*, Lehrbuch der Psychiatrie.



nicht in Frage, da ausgesprochene Idioten wohl nicht zur Einstellung gelangen, ich wenigstens habe keinen derartigen Fall zu Gesicht bekommen —, so spielt der Krieg nur insofern eine Rolle, als er, mehr vielleicht wie der Friedensdienst, auf Grund seiner vermehrten Anforderungen, die er an die Selbständigkeit des Handelns und an die Überlegung des einzelnen stellt, Anlaß zur Straffälligkeit der Schwachsinnigen wird.

Wenn ich nach alledem ein Fazit aus meinen Erörterungen ziehen darf, so ergibt sich die Tatsache, daß die Strapazen des Krieges einen nicht zu unterschätzenden Einfluß auf die Entstehung und den Verlauf krankhafter Seelenzustände im Heere ausüben. Den besten Angriffspunkt finden sie überall da, wo auf Grund erblicher Belastung, angeborener Minderwertigkeit und Widerstandslosigkeit des Nervensystems sowie unvernünftiger Lebensführung (Alkoholismus, Lues) der Boden für geistige Erkrankung vorbereitet ist. Aber auch ein unangekränkeltes Nervensystem sind sie zu schädigen imstande; ich brauche nur zu erinnern an die Schädigungen der Luftdruckwirkung bei Explosionen, die als Gehirnerschütterungen wirken und Gewebsveränderungen zur Folge haben können. In welchem Maße nun gar Gasvergiftungen, diese neueste Errungenschaft des Krieges, auf Körper und Geist wirken, ist mir nicht bekannt, da derartige Kranke nicht unter unserem Material vorhanden waren. Vielleicht hat man darüber anderswo mehr Erfahrungen sammeln können.

In der Mehrzahl aller Krankheitsbilder drehten sich die Wahnideen oder Sinnestäuschungen um Kriegsereignisse oder das, was mit dem Kriege zusammenhing. Wenn auch als alter psychiatrischer Erfahrungssatz die Tatsache angesehen werden muß, daß auch im Frieden epochemachende Ereignisse, aufsehenerregende Erfindungen und ähnliches ihre Schatten, wenn ich so sagen darf, in den Wahnideen der Geisteskranken widerspiegeln, so beweist doch die häufige Wiederkehr von Kriegsereignissen im Wahne zum mindesten die Gewalt der Eindrücke.

Es ist hier und da die Ansicht geäußert worden, die größte Eigentümlichkeit der „Kriegspsychosen“ sei eine gewisse Verwaschenheit der einzelnen Krankheitsbilder. Ich kann nach den hier gemachten Erfahrungen dem nicht beipflichten. Ich muß unumwunden zugeben, daß sogenannte allgemeine nervöse Symptome, Anzeichen der chroni-

schen nervösen Erschöpfung, allerdings bei den meisten Krankheitsbildern festzustellen waren, was ja auch kein Wunder ist, wenn man die Strapazen des Krieges als auslösendes Moment anerkennt. Wenn man aber diese lokalisierten Erscheinungen, wie Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen, Reizbarkeit, Depression und ähnliches, herausschält, erhält man so klare Krankheitsbilder, daß man sehr viele als Schulfall in jedem Lehrbuche anführen könnte. Ich hebe besonders hervor die Epilepsie, die Hysterie und die Dementia praecox, von denen ich Beispiele geschildert habe, wie man sie in Irrenanstalten so rein nie zu sehen bekommt.

Ich möchte in Kürze noch zur Frage der militärischen Begutachtung Stellung nehmen.

Es liegt im Sinne des Volkes, bei der Zubilligung von Entschädigungen an Kriegsteilnehmer für erlittene Gesundheitsschädigungen nicht allzu engherzig zu sein. Das Vaterland ist gewillt, denen, die in seinem Dienste Leben und Gesundheit eingesetzt haben, eine Dankschuld abzutragen. Das muß die Richtschnur sein, die jeden Gutachter leiten soll, die ihn jedoch nicht verleiten darf, die Vorschriften außer acht zu lassen, die die Dienstanweisung Mdf. hinsichtlich der Dienstbeschädigungsfrage an die Hand gegeben hat: „Dienstbeschädigung liegt vor, wenn ein Leiden durch den Dienst entstanden oder durch denselben nachweislich verschlimmert ist."

Nur zwei geistige Störungen gibt es, bei denen eine Dienstbeschädigung zumeist nicht in Betracht kommt, das sind der Alkoholismus und die psychischen Entwicklungshemmungen. Mit Sicherheit kann man behaupten, daß ein Schwachsinn durch den Kriegsdienst nicht entstanden oder verschlimmert sein kann. Mit Bestimmtheit darf man behaupten, daß Störungen, die auf Alkoholmißbrauch zurückzuführen sind, schon lange bestanden haben oder durch Selbstverschulden herbeigeführt sind. Bei allen übrigen Erkrankungen kann die Möglichkeit nicht von der Hand gewiesen werden, daß sie dem Kriege zur Last gelegt werden müssen, ja ist die Entstehung bzw. Verschlimmerung manchmal sogar Tatsache. Man wird zwar stets von Fall zu Fall zu prüfen haben, wird die allgemein ätiologischen Momente der einzelnen Psychosen nicht außer acht lassen dürfen und wird Nachforschungen anstellen müssen über die geistige Verfassung des Erkrankten bis zu seiner Einstellung; haben die Nachforschungen



aber ergeben, oder ist aus andern Anzeichen ersichtlich, daß der Kranke bis dahin geistig gesund war, so sind die Voraussetzungen für die Dienstbeschädigung erfüllt, selbst wenn eine gewisse Möglichkeit angenommen werden muß, daß es auch ohne die Einstellung, ohne die Strapazen zum Ausbruch einer Psychose hätte kommen können. Als bestes Beispiel hierfür führe ich die Paralyse an. Es ist meines Erachtens nicht angängig, eine Dienstbeschädigung abzulehnen in Fällen, wo eine Paralyse im Dienste manifest geworden ist, wenn auch in der Vorgeschichte alle Voraussetzungen (Lues usw.) gegeben sind, die eventuell zur Paralyse führen können. Erfahrungsgemäß wirken Gemütsbewegungen und körperliche Erschöpfung fördernd auf den Ausbruch des Leidens ein, und da sollte man der erhöhten Inanspruchnahme der Kräfte im Kriege nicht denselben Einfluß zuerkennen wie im bürgerlichen Leben? Das wäre inkonsequent.

Weyert [1]) steht allerdings bezüglich der Dienstbeschädigungsfrage bei der Dementia praecox im Frieden auf einem etwas ablehnenden Standpunkt. Er ist der Ansicht, daß selbst da, wo es durch weitgehende Ermittlungen nicht gelingt, das Bestehen des Jugendirreseins bzw. deutliche Vorläufer eines solchen bereits für die Zeit vor dem Diensteintritt nachzuweisen, Dienstbeschädigung nur dann in Erwägung zu ziehen ist, wenn ganz bestimmte, durch den militärischen Dienst bedingte Vorkommnisse oder Schädlichkeiten das Jugendirresein unmittelbar ausgelöst haben. Allgemeine Schädlichkeiten als Überanstrengungen, Witterungseinflüsse, die ganze Unruhe des Militärlebens, die geistige Anspannung usw. werde man nie als Ursache gelten lassen dürfen. Das mag für Friedensverhältnisse gelten, wenngleich ich auch da nicht diesen schroffen Standpunkt ganz teilen kann, im gegenwärtigen Kriege in der Heimat, wie an der Front ganz besonders, kommen aber ganz andere Verhältnisse in Betracht, die auch *Weyert* gelten lassen wird, ebenso wie andere namhafte Vertreter der Psychiatrie, unter welchen ich *Weygandt* [2]) zitieren will, der sich gerade über kriegspsychiatrische Begutachtungen in einem Vortrag unter anderem zur Frage der Dienstbeschädigung wie folgt geäußert hat: „Der Begriff Kriegsdienstbeschädigung soll gewiß nicht engherzig angewandt wer-

[1]) *Weyert*, Militärpsychiatrische Beobachtungen und Erfahrungen.

[2]) *Weygand*, Kriegspsychiatrische Begutachtungen. Autorreferat. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 37/38.



den. Auch bei Verschlimmerung eines vorherigen Leidens durch den Dienst kann er zur Geltung kommen. Streng theoretisch ist es vielleicht schwierig genug, einen Fall psychischer Erkrankung, von Schock- und starker Erschöpfungswirkung abgesehen, ohne weiteres als ursächlich bedingt durch den Feldzug anzusehen. Aber auch wenn man sich für gewöhnlich selbst bei Paralyse ablehnend verhält, wie es nach den bisherigen experimentellen Prüfungen angebracht erscheint, wird man doch dazu neigen, den Kriegsstrapazen einen auslösenden Einfluß bei luisch Prädisponierten beizumessen. Ebenso ist dies zu bejahen bei Manisch-Depressiven, und selbst bei Dementia praecox möchte ich dies nicht in Abrede stellen. Ganz zweifellos trifft nicht selten für Epilepsie eine derartige Ursache zu.“ Ich pflichte diesen Ausführungen *Weygands* vollständig bei, ich möchte dieselben nur noch ausgedehnt wissen auf die chronische nervöse Erschöpfung und geeignete Fälle der Hysterie. Bei der Paranoia chronica und dem Entartungsirresein wird nur eine eventuelle Verschlimmerung bestehender Symptome in Frage kommen, aber man wird hier ganz besonders scharf prüfen müssen und wird, wenn man nicht den unbedingten Nachweis der Verschlimmerung — nur darum kann es sich handeln — führen kann, zu einer Ablehnung irgendwelcher Ansprüche kommen.

Um die traumatische Neurose ist ein lebhafter Meinungsaustausch entstanden, es handelt sich um die Frage, ob man sie in dem Sinne, wie sie von *Oppenheim* in die Nomenklatur eingeführt worden ist, nämlich als selbständiges Krankheitsbild, weiter diagnostizieren, oder ob man sie nach der jeweils im Vordergrunde stehenden Neurose bezeichnen soll. *Oppenheim* steht auf dem Standpunkte, den er auch in seinem oben schon zitierten Vortrage wiederholt und nach den Ergebnissen der jetzigen Kriegsbeobachtungen bestätigt gefunden hat: „Es gibt Folgen der psychischen und physischen Erschütterung, die den Charakter der Neurosen und Psychosen tragen“, und leitet daraus die Berechtigung zur Diagnose der traumatischen Neurose als Krankheitsbild sui generis her. *Nonne* [1]) ist der Ansicht, daß es eine durch körperliches und psychisches Trauma bedingte charakteristische Neurose nicht gibt, denn dasselbe aus hysterischen, neurasthenischen

[1]) *Nonne*, Traumatische Neurose als Folgeerscheinung von Kriegsbeschädigungen. Autoreferat. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 33/34, 1915/16.



und hypochondrischen Symptomen kombinierte Krankheitsbild kommt ebensogut auch ohne Trauma vor. Zweifellos kommt dem körperlichen und psychichen Trauma im Kriege eine ganz erhebliche Bedeutung zu, aber nicht in dem Sinne, daß man darauf berechtigt wäre, ein besonderes Krankheitsbild aufzubauen. Wenn es richtig ist, daß neurasthenische oder hypochondrische oder hysterische Züge in fast allen Psychosen erscheinen können, die die Klassifizierung der Psychose nicht beeinträchtigen, so sehe ich nicht ein, weshalb man nicht ein Krankheitsbild wie die traumatische Neurose nach dem Symptomenkomplex benennen soll, der im Vordergrunde steht, man erreicht denselben Zweck und schaltet das Odium aus, das der „traumatischen Neurose" als einer auf Begehrungsvorstellungen basierenden Erkrankung anhaftet.

Wie steht es nun mit der Dienstfähigkeit der genesenen Geisteskranken? Die Dienstanweisung schließt alle derartigen Kranken oder solche, die einmal an einer Psychose oder Neurose gelitten haben, vom Heeresdienste aus. Das mag unter Friedensverhältnissen durchaus richtig sein, in gegenwärtigen Zeiten jedoch sollte man nicht so ohne weiteres über die genesenen Geisteskranken hinwegsehen.

Was hindert einen Epileptiker, wohl gemerkt mit seltenen und unkomplizierten Anfällen, arbeitsverwendungsfähig zu sein, zumal in der Heimat? Wie mancher derartige Kranke steht im bürgerlichen Leben voll und ganz im Erwerb, warum sollte er nicht nach Möglichkeit beruflich auch als Soldat beschäftigt werden können? Wer eine Erschöpfungspsychose überstanden hat oder von einem Anfall des manisch-depressiven Irreseins genesen ist, kann im Garnisondienst immerhin noch verwendet werden, ja selbst leichtere Fälle von Dementia praecox, die sogenannten geheilten Fälle, wären noch zu leichtem Dienste brauchbar.

Felddienstfähigkeit wird jedoch durch jede überstandene Psychose und Neurose ausgeschlossen; denn das Feldheer braucht widerstandsfähige Naturen, deren Nerven allen Anforderungen standhalten. Labile Elemente sind eine Gefahr für die Truppe, deren Stoßkraft sie hemmen, deren Beweglichkeit sie erschweren.



Unzulängliche im Kriegsdienst[1]).

Von

Oberarzt Dr. **W. Tintemann.**

Seit Ausbruch des Krieges wird von mehr oder minder berufener Seite immer wieder betont, daß eine von vielen befürchtete beginnende Degeneration des deutschen Volkes, die aus einer Reihe von Vorgängen der letzten Jahre und Jahrzehnte mit einer gewissen Berechtigung geschlossen werden konnte, unmöglich bestehen könne oder zu befürchten sei. Diese Schlußfolgerung wurde gezogen aus den außerordentlichen Leistungen, die das Volk als Ganzes und der einzelne Angehörige des Volkes in einer Zeit der höchsten Anforderungen hervorgebracht haben.

Es muß wohl als verfrüht bezeichnet werden, diesen Satz bereits jetzt als eine unumstößliche Gewißheit hinzustellen. Eine solche kann erst werden nach Abschluß des akuten Geschehens dieses Krieges, wenn es gilt, in friedlicher Arbeit aufzubauen, was zerstört, und auszubauen, was an Erfahrungen gesammelt ist. Was dann an minder geräuschvoller Arbeit zu leisten sein wird, wird vielleicht noch größere und noch höher zu bewertende Anforderungen an die geistige Leistungsfähigkeit und Gesundheit des Volkes stellen, und erst dann der Dauerzustand wird erlauben, ein einwandfreies Gesamtergebnis zu ziehen aus alle dem Geschehen, das jetzt nur in einzelnen Teilen zu überblicken ist.

Richtig ist, daß in dieser Zeit im deutschen Volke Höchstleistungen vollbracht sind und vollbracht werden, die kaum denkbar waren. Aber Höchstleistungen und Degeneration schließen sich nicht immer aus. Auch der Degenerierte kann Höchstleistungen vollbringen, namentlich unter dem Einfluß besonderer Verhältnisse. Aber sie sind

[1]) Aus der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Osnabrück, Direktor Sanitätsrat Dr. *Schneider*.



vorübergehend. Es fehlt ihm die Stetigkeit in der Verfolgung des Zieles.

Richtig ist ferner der Gedanke, daß der Krieg bei dem gewaltigen Umfange, in dem er fast alle Mitglieder des Volkes direkt oder indirekt in seinen Kreis zieht, als ein Wägen des ganzen Volkes, als eine allgemeine Prüfung der Leistungsfähigkeit und Volksgesundheit angesehen werden kann, wie sie bis dahin kaum vorgekommen. Vor allem der erwachsene Teil der männlichen Bevölkerung wird in einer Weise durchgesiebt, daß man versucht sein könnte, übertreibend zu sagen, nach dem Kriege kann jeder erwachsene Mann unter eine Nummer eines Schemas untergebracht werden, in dem nicht nur seine körperliche Leistungsfähigkeit, sondern auch seine soziale Brauchbarkeit festgestellt ist. Es findet hier eine ungeheure Auslese statt. Eine Auslese nicht nur in der durch die Eigenart der kriegerischen Handlung bedingten, besonders schmerzlich und unheilvoll empfundenen widernatürlichen Art, durch die gerade vielfach die tüchtigsten und wertvollsten Elemente der männlichen Bevölkerung vernichtet werden, sondern auch eine Auslese, die die minderwertigen zum Ziel hat. Sie wirkt allerdings in anderer Weise.

Die Anforderungen an die Leistungsfähigkeit des einzelnen sind während der Kriegszeit stark gestiegen, die Reibungflächen erheblich vermehrt, die Möglichkeiten, mit der Umgebung in Konflikt zu kommen, sind viel größere geworden, und so kommt es, daß ein bei weitem größerer Teil der minderwertigen und unzulänglichen Elemente, d. h. der Degenerierten, Psychopathen, endogen Nervösen, Debilen und leicht Imbezillen, der moralisch Minderwertigen usw., darunter auch insbesondere eine große Zahl von ihnen, die in normalen Zeiten in der Menge infolge der größeren Möglichkeit des Ausweichens durchschlüpfen, auffallen oder ganz versagen.

Dieses Versagen findet naturgemäß am häufigsten da statt, wo die größten Anforderungen an die Leistungsfähigkeit gestellt werden, d. h. nach Einziehung zum Dienst mit der Waffe, der gerade an diese Elemente ganz außerordentliche Anforderungen stellt. Das Unterwerfen unter die militärische Disziplin schon erfordert einen bestimmten Grad von Elastizität, der im höheren Lebensalter, zumal bei Ungedienten und nicht Vollwertigen, leicht verloren geht.

Die Formen, unter denen das Versagen der Unzulänglichen statt-



findet, sind im wesentlichen zwei, die ihrerseits wieder untereinander die mannigfachsten Berührungspunkte haben, es sind Verfall in Krankheit und das Begehen asozialer bis direkt strafbarer Handlungen (Verfall in Kriminalität).

Die hier in Betracht kommenden Krankheitszustände können im wesentlichen wieder in zwei Gruppen gesondert werden — Übergänge sind zwischen beiden auch hier mannigfach vorhanden —, in die der Neurosen und Psychosen (bzw. Psychoneurosen). Namentlich der Zusammenhang der ersteren mit den Ereignissen des jetzigen Krieges, das Anschwellen der Zahl der männlichen Hysteriefälle, das Versagen der ängstlichen Neurastheniker und Endogenen usw. ist bereits in einer ganzen Anzahl von Veröffentlichungen behandelt worden (von *Bonhoeffer*, *Gaupp*, *Hoche*, *Meyer*, *Weygandt*, *Wollenberg*).

Es ist auch bereits darauf hingewiesen, daß bei Erkrankungen an Hysterie im Felde durchaus nicht immer eine Disposition nachweisbar bzw. vorhanden ist; nach *Hoche* ist sogar jeder Feldzugteilnehmer bei entsprechenden Erlebnissen und Einwirkungen auf seine Psyche hysteriefähig. Wenn man berücksichtigt, daß der sichere Nachweis von Belastung und Disposition durch anamnestische Angaben schon unter normalen Verhältnissen vielfach auf erhebliche Schwierigkeiten stößt und zurzeit noch schwieriger ist, wird man jedenfalls die Annahme einer dispositionslosen Hysterie streng auf die Fälle beschränken müssen, wo die Erkrankung im Felde selbst oder nach Aufenthalt im Felde und nach nachweisbaren, besonders ungünstig einwirkenden äußeren Momenten, mögen sie akuter oder chronischer Natur sein, ausgebrochen ist. Wir sehen aber nicht selten Erkrankungen an Hysterie auch bei Leuten nach der Einstellung auftreten, die gar nicht bis in die Front gelangt sind, oder bei solchen, die zwar ausgerückt, aber noch nicht im Feuer waren, und bei denen anscheinend schon die Erwartung der kommenden Ereignisse genügte, um das Krankheitsbild hervorzurufen. Je eher nach der Einstellung und je weiter von der Front die Hysterie eintritt, eine um so größere Disposition werden wir von vornherein und ohne weiteres annehmen dürfen. Gerade bei diesen Fällen sehen wir auch jetzt schon gelegentlich „Begehrungsvorstellungen“ das Krankheitsbild ungünstig beeinflussen, ganz abgesehen von der vielumstrittenen Frage der Übertreibung und Simu-



lation, die an dem einmal aufgestellten Dogma krankt, daß, wer Simulation diagnostiziert, nicht diagnostizieren kann.

Hier handelt es sich zum Teil um Fälle, wo nicht nur eine nervöse Disposition, sondern schon ausgesprochene Defektzustände vorliegen, die hysterischen Erscheinungen diesem Defektzustande supraponiert sind und das Grundleiden nun den Erscheinungsformen der supraponierten Erkrankung ein eigenartiges Gepräge gibt. Wir haben bei einem Material von rund 400 Fällen, von denen 150 nervöse und psychische Erkrankungen betrafen, solche supraponierten Hysterien 4 mal gesehen, bei zweien von ihnen bildete die Grundlage ein Schwachsinn, bei den beiden andern eine anderweitige organische Veränderung im Zentralnervensystem. In allen handelte es sich um monosymptomatische Hysterieformen, bei dreien um mehr oder weniger ausgesprochene hysterische Krampfzustände, darunter waren beide Schwachsinnige. Der eine von diesen ist bereits von *Büscher*, dessen Material zum Teil der hiesigen Anstalt entnommen ist, im Archiv für Psychiatrie (Bd. 56) beschrieben, der zweite bot das folgende Bild:

V. W., 22 Jahre alt, Maurer von Beruf. Keine nachweisbare Belastung, in der Jugend „gehirnkrank", Kopfschmerzen und verschiedentlich Ohnmachtanfälle, daher unregelmäßiger Schulbesuch. Hat nebenbei schlecht lernen können, so daß er im Schulwissen sehr rückständig ist. Am 28. Juni 1915 eingezogen, hatte des öfteren Ohnmachten, konnte keine größeren Märsche vertragen. Er rückte mit aus, befand sich mehrere Monate hinter der Front, auch vierzehn Tage im Schützengraben, ohne jedoch ein Gefecht mitzumachen. Bekam dann allerlei nervöse Beschwerden, er konnte das „Kanonenschießen" nicht vertragen und endete wegen Schwachsinns und nervöser Beschwerden in einem Feldlazarett. Hier zeigte er häufigen Stimmungswechsel und konnte 6 × 2 nicht ausrechnen. Zurücktransportiert, kam er in der Heimat zunächst in die Nervenabteilung eines Reservelazarettes, bekam dort Anfälle, in denen er Liebesszenen aufführte, bekam einen Anfall, wenn er ein hübsches Mädchen sah. Die Diagnose wurde auf Imbezillität und Hysterie gestellt. Er wurde dann im Februar 1916 in ein anderes Lazarett abtransportiert und dort gleich wieder im hysterischen Anfall eingeliefert. In der Krankengeschichte heißt es darüber:

Heute bei der ersten Untersuchung ein starkes Zucken mit dem Kopfe, die Sprache war langsam, manchmal kaum verständlich, zeitweise konnte er kein Wort hervorbringen. Während des Tages lag er leise um sich schlagend im Bett, sang plötzlich dazwischen, kommandierte: Ganze Kompagnie kehrt!, schimpft dann: Du Franzmann! Bei Erscheinen im



Arztzimmer hat er einen leichten Tick mit dem Kopfe, hat Sprachstörung, starkes hysterisches Rülpsen, ließ sich in einen Stuhl fallen, schlug mit dem Arme und Beine um sich; stöhnte dann, atmete schneller, dann wieder Phasen, wo er ganz ruhig atmet, in denen er, wenn auch schwer verständlich, plötzlich zu singen anfängt: O Straßburg . . ., dann typischer Arc de cercle; das Bewußtsein während des Anfalles war wenig gestört; kratzt sich im Ohr; leckt nach Wasser, das man ihm ins Gesicht spritzt; auf Aufforderung zeigt er die Zunge, richtet sich auf. Pupillenreaktion prompt. Dauer des Anfalls etwa 10 Minuten, klagt nach dem Anfall über Kopfschmerzen. Als am 17. März ein schwerer Erregungszustand eintritt, in dem der Kranke mit Stühlen auf die andern Kranken losgeht, an den Betten umherreißt und bei Erscheinen des Arztes tief atmend auf der Erde liegt, wird Überführung in die geschlossene Anstalt beantragt.

Am 13. April 1916 wird W. hier aufgenommen. Er ist ein auffallend kleiner Mann mit den Zeichen einer alten Rachitis, der Kopfumfang beträgt 56 cm. Es besteht eine Reihe von Degenerationszeichen am Schädel. Sensibilitätsstörungen und Lähmungen fehlen, eine Gesichtsfeldeinschränkung ist bei Fingerversuch nicht vorhanden. Der Gang zeigt keine Besonderheiten. Schulkenntnisse und Allgemeinwissen sind außerordentlich gering. Zählen vorwärts geht, rückwärts nur mit Schwierigkeiten, Rechenaufgaben werden nur im Bereich bis 10 immer richtig gelöst. Die Zahl der Monate des Jahres wird nicht gewußt. Die Monatsnamen sind bekannt. Die Uhr wird richtig gelesen, die Zahl der Stunden des Tages mit 9½ bezeichnet, „sie hätten auf der Werft immer so lange gearbeitet“. Schreiben sehr mangelhaft. Über seine frühere Arbeit und sein Leben kann er genügend Auskunft geben. Er hat bisher beim Vater gewohnt, derselbe hat für ihn gesorgt.

Am 1. und 2. Tage noch Anfälle, bestehend in krampfartigen Zuckungen der Körpermuskulatur ohne Bewußtseinsverlust. Dieselben verschwinden ohne weitere therapeutische Maßnahme, als daß dem Kranken, der dringend bittet, aufstehen zu dürfen, gesagt wird, nach jedem weiteren Anfall müsse er 3 Tage Bettruhe halten. Arbeitet seit einer Reihe von Wochen regelmäßig auf dem Felde. Sein äußeres Benehmen ist vollständig geordnet. Als Ursache seiner Anfälle gibt er Überanstrengung im Dienst an, der Dienst bei der Infanterie sei besonders schwer. Er habe auch nicht vertragen können, wenn die Vorgesetzten ihn tadelten, er habe Befehle und Übungen oft falsch ausgeführt, da er sie nicht verstanden habe. Nur wenn er sich aufrege, bekomme er Anfälle. Dem Vorschlag, ihm wieder im Zivildienst Arbeit zu verschaffen, steht er vorläufig nicht sehr freudig gegenüber.

Die hysterischen Krampfanfälle, die einzigen Erscheinungen der Erkrankung, bauen sich bei diesem Kranken auf auf einem ziemlich erheblichen Schwachsinnszustande. Vielleicht darf man weiter an-





nehmen, daß eine psychische Infektion dem Bilde die besondere Richtung gegeben hat, jedenfalls sind die ersten Anfälle während des Aufenthaltes in einem Nervenlazarett aufgetreten; ob sie Vorläufer in den schon früher vorhanden gewesenen Ohnmachtsanfällen gehabt haben, ist nicht zu entscheiden. Die Schwierigkeit, den Kranken wieder hinaus an die Arbeit zu stellen — er war bis dahin zu einer einfachen selbständigen Arbeit trotz seiner Intelligenzdefekte fähig —, ist nicht gering neben dem in der Wirkung auf einen Schwachsinnigen nicht zu unterschätzenden Umstande, daß er einmal aus ihr herausgerissen ist; kommt er zunächst in eine ungeeignete Umgebung, so ist der Rückfall voraussichtlich bald da.

Der eine der andern Fälle mit aufgepfropften hysterischen Erscheinungen hatte die folgende Krankheitsgeschichte:

X. Y., 42 Jahre alt, im November 1915 als ungedienter Landsturmmann eingezogen, Landmann im Zivilberuf. Nicht belastet, in den letzten Jahren schwerhörig, auch sollen Gedächtnis, Lesen und Schreiben in dieser Zeit schlechter geworden sein. Schon auf dem Transport zu seinem weit entfernt liegenden Garnisonort erkrankt „mit Schmerzen überall". Zunächst 8 Tage Revier-, dann Lazarettbehandlung (16. 12. 15). Diagnose: Rheumatismus (zentrales Nervenleiden?). Er gab damals starke Schmerzen in der Hüfte an, konnte nicht gehen. In die Heimat zurücktransportiert, im Heimatlazarett: unsicherer Gang, Erschrecken bei Anrufen, Tremor, verstärkte Patellarreflexe. Vereinzelt Angstzustände. Überführung in eine Spezialanstalt. Befund dort: Fragliche Pupillenreaktion Ataktischer Gang. Diagnose: Organische Gehirnkrankheit. Hysterie. Am 28. 3. 16 Überführung in die hiesige Anstalt. Aufnahmebefund: Schwerhörigkeit. Sehr enge Pupillen, die nur eine Spur auf Licht reagieren. Sehr lebhafte Patellar- und Achillessehnenreflexe. Geschlängelte Schläfenarterien, harte Radialis. Benehmen bei der Untersuchung sehr auffallend, zuckt zusammen, wenn man ihm mit den Händen zu nahe kommt. Bei Prüfung der Patellarreflexe zuckt er bereits vorher mit den Beinen. Klappt mit den Augen, reißt sie auf, blinzelt. Das Ganze wirkt sehr theatralisch. Beim Aufstehen knickt er in den Knien ein, torkelt hin und her, klammert sich überall an, geht schwankend ganz nach vorn übergebeugt. Der Gang bessert sich bei energischem Zureden. Bei einfacher Bettruhe schwindet die Störung innerhalb einiger Tage fast völlig; der Kranke geht zunächst nur noch ein wenig nach vorn übergebeugt, zuckt noch bei Berührungen zusammen. Bereits am 19. 4. kann er völlig symptom- und beschwerdefrei entlassen werden. Bestehen blieb nur die minimale Lichtreaktion der Pupillen.

Bei dem ganzen Symptomenbilde des vorstehend geschilderten



Falles hatte man zunächst den Eindruck einer gewaltigen Übertreibung. Die Überlegung des sicheren Vorhandenseins einer beginnenden organischen Veränderung im Gehirn ließ uns dann doch schließlich eine aufgepfropfte hysterische oder besser psychogene Störung annehmen, die ihr eigentümliches Gepräge durch das Grundleiden, dessen Art nicht ganz sicher ist (Arteriosklerose?), erhalten hat. Daß das hysterische Krankheitsbild durch einen komplizierenden Defektzustand manchmal ein gewisses — man möchte sagen schwachsinniges — Aussehen erhält, haben wir des öfteren gesehen. (So schrie ein schwachsinniger Hysteriker unserer Beobachtung im Krampfanfall immer: Papa, Papa!) Wenn hier im Laufe der Zeit ein stärkeres Hervortreten der durch die bereits längere Zeit bestehende organische Gehirnerkrankung hervorgerufenen Beschwerden stattfindet, wird aller Voraussicht nach — wenn nicht schon vorher — die Rentenfrage akut werden.

Zu der bereits erwähnten ungeeigneten Umgebung kann in diesen Fällen auch die Familie gehören, nicht nur insofern, als der Kranke unter Umständen als der Empfänger einer Rente geschätzt wird, sondern auch indem seinem Leiden ein zu großes Gewicht beigelegt und er entsprechend verzärtelt wird.

In dem zweiten der vorstehend erwähnten Fälle, der mehrfach wegen seiner Krämpfe von der Truppe längere Zeit nach Hause beurlaubt war, hatte man den Kranken keinen Schritt allein gehen lassen, „er war so schwach, daß er keinen Korb mit Eiern tragen konnte". Als er ins Lazarett kam, brauchte er geraume Zeit, um sich aus den verschiedenen Lagen von Wolle herauszuwinden, in die ihn die elterliche Liebe sorgsam eingewickelt hatte. Er selbst war dadurch von seiner schweren Erkrankung bereits so überzeugt und durchdrungen, daß es geraumer Zeit bedurfte, um ihn zu leichter Arbeit zu erziehen. Die Hysterie war mit Liebe gezüchtet worden. Für diese Formen der Erkrankung kann auch unter Umständen eine ungeeignete Art der Behandlung schädigend wirken; ich erinnere hier an die namentlich in den ersten Monaten bei allgemeinen Klagen öfter gestellte Diagnose des Rheumatismus mit langdauernder, meist erfolgloser Behandlung bis zu Moor- und Fangobädern, während sich darunter nicht selten psychogene bzw. hysterische Zustände verbergen. Ein Landwehrmann kam hier ins Lazarett, nachdem er ungefähr 3 Tage nach der Mobilmachung



schon vor dem Ausrücken mit allgemeinen Symptomen — „Magenleiden" — erkrankt und fast 8 Monate in kleineren Heimatlazaretten behandelt war ohne jeden Erfolg, er litt an einer schweren hysterischen Asthenie mit ausgeprägter Willensschwäche und wies mit Vorliebe jeden nun erfolglosen Versuch, seinen Zustand zu beeinflussen, damit zurück, daß er auf eine Ansichtskarte hinwies, auf der ihm eine Schwester bestätigte, daß er Anfälle habe.

Alle diese Punkte dürften meiner Meinung nach auch dafür sprechen, möglichst nie Hysterische von vornherein mit einer Vollrente zu entlassen, sondern die Rente möglichst niedrig zu bemessen, denn nach der Rente beurteilen unter anderem der Kranke und vor allem die Angehörigen die Schwere des Krankheitszustandes, und eine hohe Rente wirkt hier geradezu suggestiv bei diesen Kranken. Auf diesen Punkt, möglichst niedrige Festsetzung der Rente bei hysterischen Zuständen, ist schon von anderer Seite aufmerksam gemacht worden (*Lewandowsky*, *Weygandt*).

Daß im übrigen gerade bei diesen Kranken gelegentlich „Begehrungsvorstellungen" auftreten, ist verständlich und kann auch wohl jetzt schon nicht mehr bezweifelt werden, wenn auch im allgemeinen angenommen wird, daß sie verhältnismäßig selten sind (*Weygandt*: nur ausnahmweise) und eine Häufung erst nach Friedensschluß zu erwarten ist, wenn die Kriegsangst wegfällt und die Rente winkt (*Gaupp*). Sie treten bei derartig disponierten Individuen sogar jetzt gelegentlich hervor, die gar nicht einmal die Strapazen des Feldzuges kennen gelernt, sondern noch in der Ausbildung begriffen sind. So haben wir einen Hysteriker gesehen, der bereits mehrere Jahre vor der Einstellung Krampfanfälle gehabt hatte, trotzdem eingestellt war und später Rentenansprüche erhob:

K. L., Arbeiter, 25 Jahre alt. Mit 17 Jahren Fall und Kopfverletzung mit Bewußtlosigkeit. Seit 1912 in längeren Pausen Serien von Anfällen, jedesmal 2—3 Tage lang hintereinander. Im November 1914 eingezogen, auch im Dienst bis zum 18. März wiederholt Anfälle. Kam zur Beobachtung ins Revier und dann ins Lazarett, hier Häufung der Anfälle, schließlich Erregungszustand, nach seiner Angabe, weil er sich über das Ausbleiben seiner „Braut" aufregte. Mit der Diagnose Epilepsie in die Anstalt. Hier stellten sich die Krampfanfälle als typische, große, hysterische Anfälle heraus. Es bestand eine hysterogene Zone auf dem Scheitel, wo sich eine Narbe, angeblich von dem früheren Fall herrührend,



befand. Druck auf diese Stelle war empfindlich und löste jedesmal einen großen Anfall mit Zuckungen und arc de cercle aus. Die Anfälle traten gewöhnlich nur bei Bettlage auf.

Der Rentenanspruch wurde im Gutachten abgewiesen.

Ein anderer Kranker des Lazaretts, Landsturmmann, Ende der 30er Jahre, seit einiger Zeit eingezogen und in der Ausbildung, kam in das Vereinslazarett der Anstalt mit der Diagnose eines hysterischen Anfalls. Eine besondere auslösende Ursache lag nicht vor. Er zuckte rhythmisch mit Armen und Beinen. Man mußte sich fast Gewalt antun, um in dem Zustande noch den hysterischen Anfall und nicht die verpönte Übertreibung zu sehen. Der Anfall wiederholte sich nicht, aber als der Kranke aufstehen sollte, hinkte er gewaltig mit dem einen Bein und gab an, jetzt darin große Schmerzen zu haben. Irgendein objektiver Befund war nicht zu erheben. Der Kranke war ein kleiner, blasser Mann, den Grund seines Leidens suchte er darin, daß er bei seinem Alter für die Anstrengungen des Dienstes zu schwach sei. Sensibilitätsstörungen und sonstige ausgesprochene hysterische Stigmata fanden sich nicht. Bei gebessertem Zustande nach einiger Zeit als arbeitsverwendungsfähig entlassen, kam er bereits am zweiten Tage wieder herein in dem gleichen Anfall wie das erste Mal. Auch diesmal wiederholte sich der Anfall nicht. Es wurde versucht, leichte Arbeitstherapie anzuwenden. Schon beim Gartenfegen hörte der Kranke nach kurzer Zeit immer wieder auf, erklärte, zu schwach zu sein. Er sollte dann entlassen werden, gab darauf an, er würde wohl seinen Beruf — er war Zigarrensortierer! — nicht mehr ausüben können. Er ist dann in ein anderes Lazarett verlegt, was schließlich aus ihm geworden ist, weiß ich nicht.

Es mag ohne weiteres zugegeben werden, daß der Kranke durch die seinem Alter und seinem Beruf ungewohnten körperlichen Anstrengungen in gewisser Weise aus dem psychischen Gleichgewicht geworfen war und auf sie mit hysteriformen Beschwerden reagierte. Seine Angaben über Arbeitsunfähigkeit waren aber entschieden, zumal bei seinem Beruf, der hier nur geringe Anforderungen stellte, unberechtigt und zu weitgehend. Es fehlte ihm, wie schon der Versuch mit Arbeitstherapie zeigte, der Wille und Antrieb zur Aufnahme der bürgerlichen Arbeit (*Gaupp*).

Ich habe vorübergehend noch einige ähnliche Fälle gesehen, darunter einen, der mit einem ganzen künstlichen Apparat zur Stützung seiner Wirbelsäule ankam und, wenn man die Finger seinem Rücken auf 10 cm näherte, über heftige Schmerzen klagte. Es gibt nur wenige von diesen Zuständen, die man nicht unter den kautschukartigen Begriff der Hysterie, die zurzeit in gewisser Weise an den alten Begriff der Dementia praecox in der Psychiatrie, den großen Topf, in den alles hineingeworfen wurde, mit dem man nicht fertig wurde, erinnert, und

der Psychogenie unterbringen kann, schon ist der Satz aufgestellt, daß es fließende Übergänge von der Hysterie zur Simulation gäbe, hoffentlich wird dieser Satz nicht noch erweitert.

Weygandt redet an einer Stelle von den geradezu „infantilen Zügen in der Psyche eines großen Teiles unserer Verwundeten", diese infantilen Züge finden sich nicht nur bei den Kriegsverletzten und -beschädigten, sondern in der Psyche des Volkes überhaupt in einem größeren Maßstabe, als man im allgemeinen zurzeit anzunehmen geneigt zu sein scheint. Das Denken namentlich der ländlichen Bevölkerung weist viele egozentrische, naiv-kindliche Züge auf, aus ihnen ergibt sich meiner Meinung nach auch eher ein psychologisches Verständnis wenigstens für einen Teil der als unsozial empfundenen Handlungen, unter denen zurzeit die Allgemeinheit zu leiden hat, wie Hamstern, Zurückhaltung von Nahrungsmitteln usw., als wenn man in jedem Bauern, der seine Kartoffeln falsch angibt, einen berechnenden Verbrecher am Volke sieht.

Solche Erkenntnis ist aber wichtig, weil nach dem Maßstabe, den man hier anlegt an eine Psyche, auch die Mittel gewählt werden müssen, mit denen auf sie eingewirkt wird. Zu diesen psychisch wirkenden Mitteln gehört aber eben auch die Rente. Sie ist kein indifferentes Mittel und wirkt um so einschneidender, je unzulänglicher und labiler die Psyche des Empfängers ist. Gewiß soll bei ihrer Festsetzung möglichst human vorgegangen werden. Dabei darf aber nicht von dem Gesichtspunkt ausgegangen werden, daß die Vollrente die wirklich humanste Maßnahme gegenüber dem Nervösen darstellt, der im Dienste des Vaterlandes geschädigt ist.

Er muß auch im eigensten Interesse dahin gebracht werden, daß er das, was ihm an Arbeitskraft geblieben ist, anzuwenden und auszunutzen lernt. Daran verhindert ihn, wie die Verhältnisse nun einmal gerade bei Labilen liegen, nicht selten die Vollrente und die Furcht, sie auch bei nur bescheidener Betätigung zu verlieren. Dem muß dadurch entgegengearbeitet werden, daß man diese Kranken so stellt, daß sie von vornherein sich gewöhnen, mitzuarbeiten an ihrem Lebensunterhalt. *Weygandt* betont auch, daß es notwendig ist, gegenüber diesen hysterischen Beschwerden und Rentenansprüchen rechtzeitig mit Geschick und Bestimmtheit einzugreifen, d. h., sich auch schon jetzt über die Sachlage und ihre Behandlung klar zu werden



gegenüber dem „geradezu lawinenartigen Anschwellen der Rentensucht“, die nach dem Ende des Krieges zu erwarten steht. Dahin gehört auch der bereits bei Unfallkranken früher viel erörterte Vorschlag der Kapitalabfindung für die funktionellen Kriegsneurosen (*Jolly*).

Daß es zu einer erheblichen Zunahme der nervösen Erkrankungen, darunter vor allem der männlichen Hysterie, unter dem Einfluß der außerordentlichen Anforderungen des Krieges, gekommen ist, steht schon jetzt fest, der Beweis ist ja namentlich auch für die Hysterie leicht zu erbringen. Eine Zunahme ist sicher auch bei den Erkrankungen an Psychosen vorhanden, wenn auch Zahlen noch nicht feststehen und sie wohl sicher nicht so erheblich ist, wie man auf Grund der wachsenden Zahl von Aufnahmen in die geschlossene Anstalt in der letzten Zeit anzunehmen geneigt sein könnte. In den letzten großen Kriegen (vgl. 1870/71) ist eine Zunahme der Zahl der Geisteskranken für die dem Kriege folgenden Jahre festgestellt worden, vielleicht fällt diese Erhebungszacke diesmal bei der langen Dauer des Krieges und seinen immensen Anforderungen bereits in die Kriegszeit hinein, statt zu folgen.

Es wird auch notwendig sein, bei einer späteren Statistik überall der Vorgeschichte dieser Krankheiten nachzugehen, genauer nachzugehen, als es zurzeit vielfach geschieht und möglich ist, wenn man feststellen will, wie hoch der Prozentsatz ist, in dem in Wirklichkeit der Krieg und seine Begleiterscheinungen die Ursache für den Ausbruch der Seelenstörung sind. Das Resultat wird sich dadurch aller Voraussicht nach verschieben, und zwar im günstigen Sinne.

Naturgemäß konnten bei dem großen Bedarf an Mannschaften bei der Musterung nicht die gleichen Anforderungen an die Verwendungsfähigkeit gestellt werden wie in Friedenszeiten, die Ansprüche mußten herabgesetzt werden, dazu war es unmöglich, das Musterungsgeschäft mit derselben zeitraubenden Vorbereitung und peinlichen Genauigkeit durchzuführen wie in Friedenszeiten, so kam eine ganze Reihe von unzulänglichen Elementen ins Heer, von denen eine Anzahl so labil und aufgebraucht war, daß sie, wenn sie nicht zufällig dem Heeresdienst einverleibt wurde, mit großer Wahrscheinlichkeit auch sonst später bei einer andern Gelegenheitsursache psychisch zusammen-



gebrochen wäre, während andere bereits in der Entwicklung einer Geisteskrankheit begriffen oder auch schon geisteskrank waren.

Diese letzteren sind offenbar durchaus nicht immer gleich aufgefallen. Ich habe bei einem relativ kleinen Material mehrere gesehen, die trotz einer sicher bestehenden Psychose schwere Strapazen und Gefechte mitgemacht haben, bis manchmal bei einer Zufallsgelegenheit ihre Krankheit an den Tag kam. Das Unruhige, Wechselvolle des Krieges, in dem das Tun und Treiben des einzelnen namentlich im Anfang oft verschwand, ist für einzelne von ihnen ein gar nicht ungeeignetes Milieu. Am lebhaftesten steht mir hier immer ein an einer vorgeschrittenen Dementia paranoides leidender Kranker vor Augen, der, ein mehrfacher Brandstifter und wegen seiner Geisteskrankheit entmündigt, was wohl nicht bekannt gewesen sein wird, es trotzdem fertiggebracht hatte, ins Feld zu ziehen:

X. Y., Ende der 20er Jahre stehend, in der Jugend Zwangszögling, wurde, nachdem er aus der Schule entlassen, zu einem Meister in die Lehre gegeben, dem er das Haus anzündete. Zu einer längeren Freiheitsstrafe verurteilt, erkrankte er im Gefängnis mit Wahnideen im Sinne der Verfolgung und wurde auf Wunsch seiner Angehörigen ungeheilt zu ihnen entlassen. Er hat die ganzen Jahre unter Verfolgungsvorstellungen gestanden, arbeitete aber bald hier bald dort, heiratete, versuchte 1913 seine Wohnungseinrichtung in Brand zu stecken und wurde, nachdem das Verfahren wegen seiner Geisteskrankheit eingestellt war, entmündigt. Trat nach Ausbruch des Krieges in das Heer ein, machte mehrere Monate den Feldzug mit, wurde auch einmal verwundet, kam wegen körperlicher Erkrankung zurück in ein Heimatlazarett. Hier wurde man auf ihn aufmerksam, als ein Schutzmann, der ihn kannte, ihn als einen Simulanten bezeichnete. Er schrieb dann mehrere Briefe voll Wahnideen und wurde nach Beobachtung hier entlassen. Daß er während seiner Dienstzeit immer alle Gebote der Ethik streng befolgt hat, möchte man bezweifeln. Jedenfalls wurde er, als er zur Beförderung in die Heimat aus unserem Lazarett abgeholt wurde, von seinem Bettnachbar verfolgt, der heftig ein Paar mitgenommener Strümpfe mit Erfolg als sein Eigentum reklamierte. Psychisch bestanden bei dem Mann ausgesprochene geistige Schwäche und Wahnvorstellungen im Sinne des Verfolgtseins.

Daß Psychosen mit so weit vorgeschrittenen und ausgesprochenen Krankheitsbildern sich lange Zeit halten, wird natürlich ein seltener Fall sein. Öfter wird das stattfinden bei Psychosen im Beginn, und zwar namentlich bei Erkrankungen vom Bilde des Jugendirreseins,

die ja in ihren ersten Anfängen vielfach nichts bieten als eine gewisse Unstetheit, die erst zurückschauend als krankhaft erkannt wird.

So haben wir zurzeit einen an der hebephrenen Form des Jugendirreseins leidenden Landsturmrekruten, der mehrere Monate im Felde war. Über ihn ist anamnestisch eigentlich nichts weiter Auffallendes zu erfahren, als daß er die letzten zwei Jahre vor dem Kriege auffallend häufig (über 10mal) die Stellung wechselte, er pflegt jetzt sein früheres Versagen lächelnd mit den klassischen Worten zu begründen: Handel und Wandel stockte. Der Beginn der Erkrankung wird aber bereits in diese Jahre zu verlegen sein.

Gerade bei Erkrankungen von Kriegsteilnehmern an den verschiedenen Formen des Jugendirreseins wird man verhältnismäßig oft in die Lage kommen, sich die Frage vorzulegen, ob ein spezieller Krankheitsfall ausschließlich Kriegsfolge ist. Dies wird um so mehr der Fall sein, je mehr man geneigt ist, diese Erkrankung unbeschadet aller Ergebnisse der Forschungen über innere Sekretion und Fermente für eine Aufbrauchserkrankung des Zentralnervensystems zu halten, die um so früher und um so leichter zum Ausbruch kommt, je größer das Mißverhältnis zwischen der Leistungsfähigkeit des minderwertigen Gehirns und den an dasselbe gestellten Anforderungen ist. Äußere Momente verdienen neben der Disposition auf jeden Fall eine Berücksichtigung, sie dürfen auch nicht unterschätzt werden. Aufgefallen ist mir jedenfalls, daß sich unter dem allerdings nicht sehr großen Material unserer Anstalt neben einer Anzahl junger Rekruten auch eine Reihe von Spätformen befinden, die in der Anamnese nichts Krankhaftes bieten und vielleicht allein dem Kriegsdienst ihr Entstehen verdanken.

Neben den vielfachen Berichten über das Versagen der Psychopathen und Psychisch-Labilen im Kriegsdienst finden sich auch Mitteilungen, daß bei einzelnen Gruppen von ihnen die Anstrengungen und Stürme des kriegerischen Lebens gute Wirkungen, die eigentlich nicht zu erwarten waren, hervorgebracht haben, es sind vor allem einzelne Formen von Neurasthenien erwähnt. In den Tageszeitungen ist öfter angeführt, daß sich viele Fürsorgezöglinge unerwartet gut gemacht haben, es wird gezählt, wieviele von ihnen das Eiserne Kreuz erworben haben. Aus dieser Tatsache irgendwelche weitergehende Folgerungen schon jetzt zu ziehen vor allem hinsichtlich einer späteren sozialen Brauchbarkeit und Bewährung dieser Elemente, wird nicht angängig





sein. Gerade einem Teil von ihnen auch mit ihrer Unruhe und Unstetheit liegt in gewisser Weise das Milieu. Persönlicher Mut fehlt ihnen meist nicht. Ob der Kriegsdienst ihnen genützt oder geschadet hat, ob sie für die Dauer durch ihn gelernt haben, sozial zu denken und zu handeln, wird erst der Frieden ergeben.

Auf jeden Fall sind unter Umständen auch im Heeresdienst, wo sie sich freier und selbständiger bewegen können und müssen, für sie Gefahren vorhanden, die etwa vorhandenen alten unsozialen Neigungen Vorschub leisten können. Zwei Beispiele seien hier angeführt:

M. N., 20 Jahre alt, Fürsorgezögling. Vater Trinker, Mutter liederlich. Die Ehe der Eltern ist geschieden, beide Teile sind für schuldig erklärt. Beim Vater aufgewachsen. Nach der Konfirmation 1909 in eine Bureaustellung gebracht, führte sich anfangs gut, begann 1911 zu bummeln, schwindelte seiner Großmutter 100 M. ab. Später stahl er ihr erneut 70 M. und fuhr mit einem Kollegen nach einer Großstadt. Als er, polizeilich zurückgebracht, nochmals 50 M. erschwindelte, wurde das Fürsorgeverfahren eingeleitet, zunächst auf Veranlassung des Vaters aber nochmals der Versuch gemacht, N. in einer Stellung unterzubringen. Die Folge ist, daß er der Großmutter nochmals 800 M. entwendet und erneut entweicht. Er wird nun in einer Fürsorgeanstalt untergebracht und am 3. 1. 13 von dort aus bei einem Meister in die Lehre gegeben. Nach 4 Monaten entweicht er wieder mit der geliehenen Taschenuhr seines Meisters und 6 M. Nachträglich wird noch bekannt, daß er kurz vorher zusammen mit andern Lehrlingen einen betrunkenen Mann auf der Straße liegen fand. Er schaffte ihn mit Hilfe seiner Begleiter in einen naheliegenden Schuppen, schickte dann die anderen fort, „damit der Mann nicht gestört würde“, und ging noch einmal zu ihm. Am andern Morgen fehlten dem Manne 60 Mark.

Im Juli 1913 wiedergefaßt, wird er in der Anstalt selbst beschäftigt und führt sich gut. Im Jahre 1914/15 wird er verschiedentlich wegen einer eitrigen Knochenhautentzündung am Arm behandelt. Am 17. 5. 15 wird er zum Militärdienst eingezogen und schreibt gefühlvolle Briefe an die Anstalt aus der Garnison. Im Nationale wird seine militärische Führung als gut bezeichnet.

Bereits am 12. 6. 15 wird er wegen erneuter Entzündung am rechten Unterarm dem zuständigen Garnisonlazarett zugeführt, nach einiger Zeit entlassen, wegen derselben Erkrankung nochmals aufgenommen, wieder entlassen, ohne daß völlige Heilung eingetreten. Er wohnte in den Zwischenzeiten anfangs in der Kaserne, konnte ausgehen, wann er wollte, nur abends um 6 Uhr mußte er sich melden. Ende November mietete er sich ein Privatquartier. Im September, nach dem ersten Lazarettaufenthalt, war N. auf Urlaub zu Hause gewesen und hatte sich mit der früher



von ihm bestohlenen Großmutter versöhnt, indem er Reue vorgab. Diese Versöhnung benutzte er in der Folgezeit, um erneut Schwindeleien zu begehen. Er brauchte Geld, um sein Privatquartier — er aß auch privat, verkehrte mit einem Millionär — zu bezahlen. Er schrieb der Großmutter zunächst, daß ihm sein Waffenrock gestohlen sei und er ihn ersetzen müsse. Dann schrieb er, daß sein Arm amputiert werden solle, daß sich aber ein Arzt in X. verbürgen wolle, ihn bei privater Behandlung zu erhalten. Er schickte gefälschte Quittungen ein, darunter eine für Röntgenbehandlung. Endlich „erbat" er Geld für Privatunterricht, den ihm sein Pastor verschafft habe. Er erhielt in allen Fällen die gewünschte Summe – die von ihm geschriebenen Briefe sind außerordentlich gewandt und raffiniert verfaßt, und die Großmutter, die wieder sein Ausbeutungsobjekt wurde, sehr alt; im ganzen bekam er fast 1000 M. Im Januar kamen die Verwandten hinter die Schwindeleien, sie wandten sich mittels der Fürsorgeanstalt an das Regiment. Ein Onkel schrieb gleichzeitig einen Brief an N., er möge veranlassen, daß er wieder in die Kaserne komme. N. verbrennt den Brief sorgfältig, pumpt sich Zivilzeug von einem mit ihm zusammenwohnenden Kameraden und reißt aus. Unterwegs schmückt er sich mit zwei Ordensbändern und erschwindelt sich, wenn ihm das Geld anfängt knapp zu werden, solches, indem er an die Ehefrauen von bekannten Männern, die im Felde stehen, um Geld telegraphiert, vorgebend, daß der betreffende Ehemann, auf der Urlaubsreise zur Familie begriffen, festsitze, da ihm das Geld ausgegangen. Bei der dritten derartigen Schwindelei wird er verhaftet, da die bereits einmal geprellte Ehefrau zufällig gleichzeitig einen Brief von ihrem Mann aus Belgien erhält.

N. gibt nach der Verhaftung die genauen Einzelheiten seiner Reise und Taten an, auf den Gedanken zu diesen Schwindeleien sei er gekommen, weil er ähnliches früher einmal unter „Gerichtssaal" gelesen habe. Nach kurzer Haft erkrankt er zweimal mit schweren, kurzdauernden Dammerzuständen. Die während seiner Dienstzeit erschwindelten Gelder hat er für gutes Essen und Trinken, Logis, Ullsteinbücher, Gitarre usw. ausgegeben.

N. wurde seinerzeit in einem schnell abklingenden Dämmerzustande in die Anstalt aufgenommen. Er bot später keine Zeichen einer Geisteskrankheit, keine Intelligenzdefekte, hatte aber ein außerordentlich labiles Gefäßsystem und eine große affektive Ansprechbarkeit. Er ist ein zuvorkommender, fast schüchterner, blasser Mensch, hinter dem man nie den raffinierten Schwindler vermuten würde. Anhaltpunkte dafür, daß er seine Tat in einem krankhaften Zustande, der die Bedingungen des § 51 StGB. erfüllte, begangen, ließen sich nicht finden.

Wir haben hier einen ausgesprochen degenerierten Psychopathen vor uns, der schon mit 16 Jahren schwere asoziale Eigenschaften offenbarte, offenbar zurzeit auf dem besten Wege zum Hochstapler ist und vermutlich in der Irrenanstalt enden wird. In Friedenszeiten wäre er

voraussichtlich gar nicht in das Heer eingestellt worden. Ob bei seiner Musterung und Diensteinstellung die Militärbehörde auf seine Vorgeschichte aufmerksam gemacht ist, geht aus den Akten nicht hervor. Jedenfalls haben in der Folgezeit eine Reihe von Momenten, die sich vielleicht wenigstens zum Teil hätten ausschalten lassen, seinen Neigungen ungewöhnlichen Vorschub geleistet. Es sind das der lange Lazarettaufenthalt, der zurzeit manche Gefahren in sich birgt, vor allem aber das fast aufsichtlose Nichtstun. N. hat überhaupt fast keinen Dienst getan, „er konnte ausgehen, wann er wollte". So kam er nach der strengen Aufsicht in der Fürsorgeanstalt bald ins Bummeln, der Wunsch, es andern gleich zu tun können, mag auch mitgespielt haben, die alten Neigungen wurden wieder lebendig.

Manche Schwierigkeiten in der Beurteilung machte der zweite Fall, der ähnlich lag, auch bei ihm handelte es sich um kriminelle Handlungen und ihre Beurteilung. Ich gebe die Krankengeschichte so, wie die einzelnen Tatsachen nacheinander bekannt wurden.

Am 5. April wurde der am 26. 1. 91 geborene Gefreite X. Y. in die Anstalt aufgenommen mit einem ärztlichen Zeugnis, daß er an Dementia praecox leide. Sein Zustand habe sich in der letzten Zeit sehr verschlimmert. Er — Inhaber des Eisernen Kreuzes erster Klasse — führe Betrügereien aus, werde dadurch gemeingefährlich und bedürfe der Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt. Von seiner Vorgeschichte war zunächst bekannt, daß seine Eltern gestorben, er selbst nie ernstlich krank gewesen sei. Er war seit Oktober 1912 aktiver Soldat, im August 1914 ins Feld gerückt. Er war durch einen Granatsplitter am Hinterkopf verwundet worden, der Knochen war verletzt, eine Hirnverletzung war aber nicht eingetreten (März 1915). Am 3. Mai war er nach Heilung der Wunde wieder als felddienstfähig zu seinem Truppenteil entlassen.

Y. war ein sehr tüchtiger Soldat und hat sich im Felde so hervorgetan, daß ihm mehrere Kriegsauszeichnungen, darunter das Eiserne Kreuz erster Klasse, verliehen wurden. Er wurde am 29. 1. 15 zum Gefreiten befördert, Unteroffizier ist er trotz seiner hohen Auszeichnungen nicht geworden. Im Oktober 1915 ließ er sich auf seinen Wunsch, um weiterzukommen, zu einer Gebirgs-Maschinengewehrabteilung versetzen. Dort versagte er und kam am 11. 12. 15 ins Lazarett, nachdem er einige Zeit vorher ein eigentümliches Benehmen gezeigt und sich in den letzten Wochen Unregelmäßigkeiten im Dienst hatte zuschulden kommen lassen. Man hatte den Eindruck, als ob er krank sei. Im Lazarett klagte Y. über Kopfschmerzen, gab an, beim Gehen öfter unsicher zu sein, hatte Aufträge vergessen.

Er kam am 3. 1. 16 in die Beobachtungsabteilung eines Speziallazarettes. Hier gab er an, daß er mit 9 Jahren in Fürsorgeerziehung genommen, mit 15 Jahren ins Waisenhaus gekommen sei und bis zum 21. Jahre in Erziehung blieb. Er habe in S., wohin er sich hatte versetzen



lassen, Schwierigkeiten gehabt, und er glaube, daß der Feldwebel den Hauptmann beeinflußt habe, ihn nicht zu befördern, so habe er die Lust verloren, er habe immer mehr beobachtet, daß man einen Grund suchte, um ihn zu schikanieren. Die Unteroffiziere beachteten seinen Gruß nicht. Man sprach stets über ihn, er fühlte sich immer mehr beeinträchtigt. Schließlich sprachen die Unteroffiziere davon, er habe den Größenwahn. In der Aufregung habe er sich Unregelmäßigkeiten zuschulden kommen lassen. Er bekam Kasernenarrest und wurde schließlich ins Lazarett gesteckt. Körperlich wurde außer einer Druck- und Klopfempfindlichkeit des Schädels im Bereich der Narbe und einer Hyperästhesie am ganzen Körper nichts Krankhaftes gefunden. Psychisch bestand leicht gehobene, läppische Stimmung, Y. schwätzte in einem fort, redete oft verworrenes Zeug, neigte zum Renommieren, vernachlässigte sein Äußeres, suchte Konnex mit Wärterinnen, schrieb auf Heiratsannoncen. Er sah und hörte lebhaft Ereignisse aus dem Felde, hörte sich rufen, hörte Granaten einschlagen. Er näßte nachts regelmäßig ein, suchte das nasse Bettzeug zu verbergen. Zur Arbeit war er unbrauchbar. Am 26. 1. wurde Y. in die Irrenabteilung aufgenommen, war dort gehobener Stimmung, bei der Arbeit unstet, bereits am 1. Februar wurde er gebessert zum Truppenteil entlassen mit der Diagnose einer Dementia praecox. Er sollte als D. U. zur Entlassung kommen.

Am 5. April wurde er dann mit dem obenerwähnten Zeugn's in die hiesige Anstalt aufgenommen. Nach einigen Tagen folgte eine Gerichtsakte mit einer Anklage wegen Betruges gegen ihn und Ersuchen um Abgabe eines Gutachtens. Er war danach nach der Rückkehr aus dem Lazarett vom Truppenteil beurlaubt worden und hatte einen Teil dieses Urlaubs in Berlin zugebracht. Dort hatte er am 10. März einem Schuhmacher einen wertlosen Ring für 120 M. verkauft. Der Käufer hatte sich seiner Angabe nach durch das sichere Auftreten des ordengeschmückten Soldaten täuschen lassen. Es wurde an die Anstalt die Anfrage gestellt, ob Y. zur Zeit der Tat zurechnungsfähig gewesen sei.

Das Bild, das Y. hier bot, wich in manchen wesentlichen Zügen von den früheren Beobachtungsergebnissen ab. Er war äußerlich geordnet, in seiner Stimmung leicht gehoben, hatte viele Wünsche, näßte die erste Nacht, auch später öfter ein; um dies zu vermeiden, gab er schließlich aus sich selbst heraus der Nachtwache Auftrag, ihn zu wecken. Er schrieb viele Briefe und Postkarten, erhielt Briefe und Pakete. In den Briefen betonte er oft, wie schlecht es ihm gehe, gelobte ewige Dankbarkeit für erhaltene Liebesgaben. Von der Geschichte mit dem Ringverkauf wollte er die ersten Tage absolut nichts wissen, er habe nie einen Ring außer dem, den er trage, verkauft oder besessen. Er führte Korrespondenzen mit mehreren weiblichen Persönlichkeiten, von denen eine seit 4 Jahren seine Braut war und ein 1½jähriges Kind besitzt, das seiner Angabe nach nicht von ihm stammt, und anscheinend zurzeit wieder gravida ist. „Er hat



das Mädchen gerade genommen, weil sie hineingelegt ist.“ Er schätzte seine Person hoch ein und machte sich wenig Gedanken um die Zukunft, die er durch die Rente für gesichert hielt. Er schreibt sogar einmal an seine Braut wegen der Frage der Kapitalabfindung.

Körperlich bestand links hinten am Schädel eine gut verheilte, glatte Narbe mit einer länglichen, schmalen Knochenrinne darunter. Es bestanden Klagen über häufigere Kopfschmerzen, zeitweise Unfähigkeit, intensiv zu denken. Die inneren Organe des sehr kräftigen Mannes waren gesund. Im Urin sogenannte Tripperfäden in ziemlich reichlicher Menge vorhanden mit zahlreichen Eiterkörpern und Haufen von Kokken (Gonokokken?)

Das Nervensystem bietet keine pathologischen Abweichungen, die Pupillen reagieren prompt, der Augenhintergrund ist frei, keine Hemianopsie, kein sonstiger Hirnnervenbefund. Das Wissen des Y. entspricht nicht seinem Reden, jedoch ist ein gröberer Intelligenzdefekt nicht vorhanden (Unterschiedsfragen gehen nicht; Sprichworte, soweit sie bekannt sind). Über seine Jugend machte Y. eine Reihe sehr widersprechender Angaben, er wollte in Fürsorge gebracht sein, weil seine Eltern tot waren und man mit ihm nirgend hinwußte, er sei im Waisenhause zu E. groß geworden. Jemals kriminelle Handlungen begangen zu haben, weist er weit von sich. Seine Angaben waren so unsicher, daß wir ihnen durch Einfordern der Akten von E. auf den Grund gehen zu müssen glaubten. Diese Nachforschungen hatten ein interessantes Ergebnis:

Danach war Y. im Februar 1902 in Fürsorgeerziehung gebracht worden, weil er im Dezember 1901, noch nicht 11 Jahre alt, eine ganze Reihe von strafbaren Handlungen begangen hatte, Fundunterschlagung, Raub, Betrug, Vagabundage, Schulschwänzen. Sein Abgangszeugnis von der Schule, auf der er bis dahin gewesen war, lautete: Sittliche Führung tadelnswert, Fleiß nicht befriedigend, Kenntnisse ziemlich genügend.

Die Unterbringung erfolgte auf Veranlassung seines keineswegs gestorbenen Vaters. Der erste Bericht der Fürsorgeerziehung über ihn lautete: Bettnässer, lügnerisch, neigt zum Zank und zeigt sich schadenfroh. Leistungen in der Schule mündlich gut, schriftlich genügend bis schwach. Sein Betragen besserte sich in der Folge, das Schlußzeugnis seiner Schulzeit lautete im März 1907: Betragen gut, Religion r e c h t gut, Singen gut, das übrige genügend. Bemerkung: Der schriftliche Unterricht fällt ihm schwer, im mündlichen sehr rege.

Y. kam dann im März 1907 in die Lehre zu einem Schuhmacher. Die ersten Berichte über seine Führung lauten gut, er scheint geistig sehr befähigt, ist freundlich und heiter im Verkehr. Im Mai 1908 findet sich plötzlich die Mitteilung, daß Y. noch immer in Untersuchungshaft sitzt, er habe viele Diebstähle begangen. Er sei flink bei der Arbeit, auf der Straße voll schwärmerischer Gedanken und Schlechtigkeiten. Es ergab sich dann, daß Y. in der Zwischenzeit nicht weniger als 37 Fälle von Diebe-



reien begangen hatte, die anscheinend zum großen Teil im Hang zu Näschereien, Zigarren und Likör ihre Ursache hatten. Der Staatsanwalt erhob Anklage gegen Y. und Genossen wegen Diebstahls, Hehlerei, Betrugs, Urkundenfälschung und Sachbeschädigung. Die Strafvollstreckung gegen Y. wurde auf Veranlassung der Fürsorgebehörde ausgesetzt und ihm Strafaufschub bewilligt (Juni 1908). Die Folge war, daß er sich einige Zeit hielt, aber Anfang 1910 nach erneutem Diebstahl verschwand. Nach längerer Zeit aufgegriffen, kam er zunächst ins Fürsorgehaus zurück, beendete dort seine Lehrzeit, seine Leistungen und Führung waren zufriedenstellend. Ende 1911 arbeitete er dann bei einem Meister in A. Dieser wandte sich im Januar 1916 an die Anstalt mit einer Anzeige, daß Y. auf fremden Namen Zithern bestellt, Stiefeletten und Leder gestohlen habe. Er sei in allen Sachen höchst liederlich, seine Arbeit sei nur teilweise zu brauchen. Er schwärme bis früh umher.

Am 26. 1. 12 ist dann Y. aus der Fürsorge entlassen. Das Erziehungsergebnis wurde als zweifelhaft bezeichnet, er selbst als frech und unbotmäßig. Er hat im gleichen Jahre eine mehrmonatliche Gefängnisstrafe verbüßt.

Während des Feldzuges hat er den Konnex mit der Anstalt wieder aufgenommen, er schrieb frömmelnde Briefe und bekam dafür Liebesgaben.

Der Erfolg, den die Bekanntgabe dieser Nachforschungen an Y. hatte, war auffallend. Er wurde bei den Visiten mit einem eigentümlich wehleidig-gezierten Gesicht umherstehend oder auch auf einer Bank liegend gefunden, antwortete auf Fragen nicht mehr. In Abwesenheit des Arztes war er nach Angabe des Personals ganz vergnügt. Es wurde Bettruhe verordnet, und nach einigen Tagen kam Y. von selbst, war völlig geordnet, fragte kleinlaut, ob er denn für die Ringsache wohl bestraft werden würde, ob der Arzt nicht bewirken könne, daß ihm die Strafe erlassen würde und er wieder ins Feld käme. Er wolle sich auch zusammennehmen. Seine Streiche habe er immer auf Veranlassung anderer gemacht. Auf die Frage, warum er nicht die Wahrheit gesagt, meint er, er sei immer jetzt so vergeßlich, gibt aber zu, sie gewußt zu haben. Er klagt, daß er immer so viel Kopfschmerzen habe und, wenn er allein sei, seine Gedanken nicht zusammenkriegen könne.

Seither ist sein Benehmen völlig geordnet. Er macht ausführliche Angaben über den Ringverkauf und sein Verhalten in S. Vor allem seine Angaben über den letzteren Punkt sind interessant. Es sind danach seine Hoffnungen, die er auf seine Versetzung bezüglich Weiterkommens gesetzt hatte, getäuscht worden. Er fand nicht das Entgegenkommen, das er erwartet hatte und auf Grund seiner Leistungen im Felde erwarten zu können glaubte. Er nimmt an, daß sein Eisernes Kreuz erster Klasse seinen vorgesetzten Unteroffizieren, die keine Auszeichnungen hatten, ein Dorn im Auge war, so daß es ihm keinen Vorteil, sondern Nachteil

brachte. Es kam zu kleinen Reibereien, und er verlor die Lust, schließlich war ihm alles eins.

Über den Ringverkauf gibt er an, er sei auf seinem Urlaub — den man ihm anscheinend gegeben hatte, weil man mit ihm in der Garnison, nachdem er für geisteskrank und dienstunbrauchbar erklärt war, bis zu seiner definitiven Entlassung nichts anzufangen wußte — auf Grund seiner Orden sehr verwöhnt worden, man habe ihn bewirtet und freigehalten. Er hatte keine Angehörigen, zu denen er gehen konnte, brachte die Zeit daher zum Teil in seiner alten Garnison, teils in Berlin zu. Vor einem Kleidergeschäft kam er mit dem Schuhmacher ins Gespräch und verkaufte ihm auf seinen Wunsch den Ring. Er hatte ihn früher von einem Kameraden erhalten, wußte nicht, ob er etwas wert sei. Es war ihm schon einmal viel Geld für den Ring geboten, von anderer Seite war ihm auch schon gesagt, daß der Ring nichts wert sei. Nachdem er erfahren, daß der Mann ihn anzeigen wollte, hat er versucht, ihn zur Zurücknahme der Klage zu bewegen, was ihm auch durch Versprechen von Ratenzahlungen der Kaufsumme — er hatte das Geld inzwischen ausgegeben für seinen Unterhalt — gelang. Daß das Tatsache ist, geht aus einem Briefe an Y. hervor. Er hat dann die Ratenzahlungen aber nicht eingehalten, es vielleicht auch nicht können.

Zurzeit bietet Y. in seinem Verhalten nichts Auffallendes. Er arbeitet fleißig in der Schuhmacherei, klagt zeitweise über Kopfschmerzen und zeigt eine gewisse Eitelkeit.

Die Deutung dieses ganzen Bildes war, nachdem einmal die Diagnose auf Dementia praecox gestellt und daraus bereits die Folgerungen gezogen waren, nicht einfach, namentlich bei dem Vorliegen der Komplikation eines Kopfschusses. Irgendwelche objektive Symptome für Störungen des Nervensystems durch den letzteren waren nicht vorhanden. Auch aus dem allgemeinen Verhalten waren Anhaltpunkte für ein Vorliegen von stärkeren Beschwerden infolge der gut geheilten Verletzung nicht zu gewinnen. Eine wesentliche Klärung brachte die Kenntnis der Vorgeschichte. Es wurde dadurch zunächst einmal festgestellt, daß die Neigung zu kriminellen Handlungen nicht etwas dem Y. Wesensfremdes und Unverständliches oder Neues war, sondern nur ein Rückfall in alte, unsoziale Triebe, bei dem wahrscheinlich das Milieu — er war in Berlin ohne genug Geld — viel mitgespielt hat. Weiter auffallend war, daß sein Versagen zeitlich zusammenfiel mit seiner Versetzung zu einem andern Truppenteil, von der er sich große Vorteile für sein Weiterkommen versprochen hatte, die sich nicht erfüllten. Die Entwicklung der Gründe, die zu diesem Versagen führten, wird von Y. durchaus logisch gegeben, es ist Tatsache, daß er nicht befördert ist, die hohe Einschätzung der eigenen Persönlichkeit beruht wenigstens zum Teil auf reellem Boden und kann an sich nicht als krankhaft angesehen werden. Zudem kann ohne weiteres angenommen werden, daß er sich zum Zeit seiner Aufnahme in die Beobachtungsstation



in dem Zustand einer akuten Geistesstörung befand, nur die Diagnose der Dementia praecox läßt sich nach der weiteren Entwicklung des Falles nicht aufrechterhalten. War sie einmal gestellt, so hätten auch die Folgerungen gezogen und Y. zum mindesten längere Zeit in der Anstalt behandelt werden und nicht zum Truppenteil entlassen werden müssen. Es ist aber nach einer eingehenden Würdigung der ganzen Vorgeschichte viel wahrscheinlicher, daß es sich bei Y. um eine auf einer degenerativen Grundlage entstandene, vorwiegend auf äußere Momente aufgebaute vorübergehende Störung gehandelt hat, und zu dieser Annahme haben wir uns schließlich auch entschlossen. Auch das Vorliegen einer krankhaften Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51 StGB. zur Zeit der speziell in Frage kommenden Straftat ist verneint worden. — Der weitere Verlauf hat unsere Auffassung bestätigt.

Die Diskussion über die Diagnose könnte müßig erscheinen, ist es aber keineswegs, denn auf der Auffassung der Erkrankung baut sich, ich möchte sagen, die ganze Zukunft des Y. auf, nicht nur die Frage der strafrechtlichen Verantwortlichkeit auch für die späteren strafbaren Handlungen, die er aller Wahrscheinlichkeit nach noch begehen wird, sondern auch die Frage, was mit ihm zu machen ist. Die Annahme einer Dementia praecox würde bei den antisozialen Eigenschaften des Y. unbedingt die Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt erfordern. Hier ist die Lösung verhältnismäßig einfach. Viel schwieriger wird sie bei der zweiten Annahme, daß es sich um eine Situationspsychose eines Degenerierten handelte. In den Heeresdienst wird er sich nicht wieder hineinfinden; ihn zunächst mit einer größeren Rente — wegen der noch geklagten Kopfbeschwerden — zu entlassen, wird ihm aller Voraussicht nach verderblich werden; ihn unterzubringen in einer Stellung, wird sehr schwer sein. Wir haben ihn, solange er bei uns war, zur Arbeit zu erziehen versucht, sind aber der Überzeugung, daß er draußen, auf sich selbst gestellt, bald scheitern wird.

Das Wesentliche und Interessante des Falles, wegen dessen ich ihn einer ausführlichen Mitteilung für wert hielt, scheint mir in der komplizierten Sachlage, der Bedeutung der Vorgeschichte für die Beurteilung des Falles und der Schwierigkeit der Diagnose zu liegen. Auf die mannigfachen Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen den psychopathischen Konstitutionen, zu denen dieser Fall ja auch gehört, und der Dementia praecox, namentlich im Beginn der Erkrankung, ist bereits mehrfach hingewiesen, so von *Bonhoeffer* und *Weygandt* und in jüngster Zeit von *Hübner*.

Hier handelt es sich um einen Degenerierten, der nach einer bewegten Jugend unter dem Einfluß besonderer Verhältnisse einen Anlauf zum Guten genommen, schließlich aber doch wieder versagte. Auch hier spielen bei dem Versagen nochmals äußere Momente eine größere Rolle. Y. selbst hat sie verschiedentlich ganz anschaulich geschildert. Auf der einen Seite die manchmal etwas sehr überschwängliche Vergötterung des ruhm-



bedeckten Kriegers, die seiner Eitelkeit schmeichelte und sein Selbstgefühl gewaltig hob, auf der andern Seite das Sichfügensollen unter Vorgesetzte, denen er sich in seinem gesteigerten Selbstgefühl gewaltig überlegen fühlte, waren Umstände, die für seine etwas angekränkelte Psyche einen schweren Konfliktstoff in sich bargen.

Auch seine kriminelle Handlung, die zudem für den Käufer, der bei seinem Stande einen Ring für 120 M. zu erwerben trachtet, etwas merkwürdig aussieht, wurde ihm durch seine Auszeichnungen außerordentlich leicht gemacht. Hohe Ordensauszeichnungen stellen eben auch an die Psyche des Trägers eine Reihe von Anforderungen. Er gilt von vornherein als eine besonders zuverlässige Persönlichkeit, eine Tatsache, die von Betrügern bekanntlich manchmal ausgenutzt wird.

Wenn man die Gerichtsverhandlungen in den Tageszeitungen seit Ausbruch des Krieges verfolgt, so findet man nicht so selten Bestrafungen wegen unbefugten Tragens von Ordensauszeichnungen, vor allem auch in Verbindung mit verübten Schwindeleien. Dieses unbefugte Tragen von Orden wird mit Vorliebe streng bestraft, öfter mit der Begründung „mit Rücksicht auf die Ehrlosigkeit der Handlungsweise", auch dann, wenn es nicht zu kriminellen Handlungen mißbraucht wird. Ich glaube, daß hier öfter ein Trugschluß unterläuft, und möchte als Beispiel dazu eine in einer Tageszeitung vor kurzem veröffentlichte Gerichtsverhandlung hier anführen, deren Bericht wörtlich folgendermaßen lautet:

„Gefängnis wegen unbefugten Tragens des Eisernen Kreuzes. Das ... Schöffengericht hatte am ... den Kochgehilfen ..., der im Küchenwagen eines Lazarettzuges nach der ...front gefahren war und nach seiner Rückkehr eigenmächtig das Band mit dem Eisernen Kreuz an seiner Krankenpflegerlitewka trug, die er auch mit dem Bande der Rettungsmedaille geschmückt hatte, ohne dazu befugt zu sein, wegen Vergehens gegen die Anordnung 1... in Tateinheit mit Übertretung des § 360 des Strafgesetzbuchs zu 30 M. Geldstrafe verurteilt und beim Strafmaß die hochgradige Beschränktheit des ... berücksichtigt. Gegen dieses Urteil hatte der Staatsanwalt Berufung eingelegt. In der gestrigen Verhandlung gegen ... beantragte er eine Woche Gefängnis. Die Strafkammer verurteilte ... wegen unbefugten Tragens des Eisernen Kreuzes zu zwei Wochen Gefängnis im Hinblick auf die Ehrlosigkeit der Handlungsweise."

In dem Tenor des Schöffengerichtsurteils gibt die bei der Festsetzung des Strafmaßes berücksichtigte hochgradige Beschränktheit des Verurteilten zu denken, und man kommt unwillkürlich — natürlich als richtig vorausgesetzt, daß sie, was aus der Strafkammerverhandlung nicht hervorgeht, wirklich vorhanden



war — auf die Vermutung, daß der Täter ein Schwachsinniger war, bei dem es sich eher um die bei Imbezillen und Degenerierten nicht selten vorhandene Sucht, sich zu schmücken und zu renommieren, als um einen beabsichtigten Betrug gehandelt hat, der auf die Erlangung eines Vorteils angelegt war. Daß aus Eitelkeit von mehr oder minder Schwachsinnigen unberechtigt Auszeichnungen angelegt werden, wird voraussichtlich gerade in dieser Zeit ab und zu vorkommen. Dem gegenüber beachte man die Steigerung des Strafmaßes im vorliegenden Fall.

Anders liegt natürlich die Sache in einer Reihe von Fällen, in denen unberechtigterweise angelegte Auszeichnungen zu betrügerischen Zwecken verwandt werden. Hier benutzt der Schwindler sein oft hervorragendes Verständnis für die Denkweise und Psychologie des Volkes, das, wie schon erwähnt, in dem Tragen einer Auszeichnung einen Beweis für die besondere Glaubwürdigkeit des Trägers sieht, systematisch, um zu seinem Zwecke zu gelangen.

Doch liegen auch hier die Sachen oft komplizierter. So endete auch ein derartiges Unternehmen, das seinerzeit durch alle Zeitungen ging, es passierte im Anfang des Krieges, als noch die Erregung über — wirkliche und vermeintliche — Spione groß war, mit einer Beobachtung in der Irrenanstalt:

Im September 1914 wurde in O. ein Mann namens X. verhaftet, der eine Feldwebeluniform mit dem Bande des Eisernen Kreuzes trug, in Begleitung einer Dame ein Auto der Heeresverwaltung fuhr und einen Chauffeur anforderte, sich aber nicht ausweisen konnte über seine Person. Die sofort eingeleiteten umfangreichen Nachforschungen ergaben, daß es sich um einen Menschen handelte, der als Proviantmeister in der militärischen Verwaltung einer besetzten Stadt tätig gewesen war und sich unter Mitnahme eines Autos eigenmächtig entfernt hatte. Er hatte sich diese Stellung seinerzeit in den ersten Kriegswochen mittels falscher Angaben zu verschaffen gewußt. Er hatte seinen Posten anfangs mit Umsicht und zur Zufriedenheit seiner Vorgesetzten verwaltet, hatte eine ziemlich selbständige Stellung eingenommen, zum Zwecke von Einkäufen mehrere Autofahrten in eine große deutsche Stadt gemacht, sich dort mit einer Bureauangestellten eines großen deutschen Hotels in aller Geschwindigkeit verlobt und kriegstrauen lassen, in eine große, angesehene Zeitung einen Artikel zu bringen gewußt mit einer phantasiereichen Erzählung über den Erwerb des Eisernen Kreuzes, der nachher widerrufen werden mußte. Es kam dann zu Differenzen mit den Vorgesetzten, als X. seine kriegsgetraute Frau einfach mit in die besetzte Stadt brachte



und unerlaubt einlogierte. Als ihm hierbei seine bevorstehende Entlassung aus seiner Stellung mitgeteilt wurde, verschwand er plötzlich unter Mitnahme von Frau und Auto, nachdem er sich selbst zum Feldwebel befördert und mit dem Bande des Eisernen Kreuzes geschmückt hatte. Er machte dann eine ziemlich abenteuerliche, planlose Fahrt, auf der ihn überall seine völlig ahnunglose Frau begleitete, verübte noch mehrere Schwindeleien — unter anderem kaufte er in H. einen größeren Posten von Reis und Kaffee für die Heeresverwaltung — und wurde endlich verhaftet. Der Frau ist während der ganzen Fahrt nichts Besonderes an ihrem Mann aufgefallen.

Die Nachforschungen nach dem Vorleben des X. förderten noch manches Interessante zutage. Es fand sich dabei, daß er ein mehrfach vorbestrafter Mensch ist, der mehrfach in Irrenanstalten untergebracht war und wegen Geistesschwäche entmündigt wurde. Er war von Jugend auf schwach begabt gewesen, hatte später vor allem moralische Defekte aufgewiesen und eine Reihe von Krampfanfällen, die als epileptische gedeutet wurden, gehabt. Sein Lebenslauf ist ziemlich abenteuerlich gewesen, anscheinend war er auch in der Fremdenlegion. Die Beurteilung, die er in den Irrenanstalten gefunden hatte, war nicht ganz einheitlich, die größte Anzahl der Begutachter hatte ihn wohl für minderwertig, aber nicht unter den § 51 StGB. fallend erklärt, er ist auch direkt als Simulant angesprochen.

Auch die hiesige Beobachtung kam zu dem Schlusse, daß X. wohl ein einzelne abnorme Züge tragender minderwertiger Mensch sei, bei dem gelegentlich epileptische Krampfanfälle auftreten, daß aber eine Anwendung des § 51 für die Zeit der fraglichen Straftaten nicht in Frage komme.

X. ist eine zu den Grenzzuständen gehörende Abenteurer- und Schwindlernatur, bei der vor allem auch eine erheblich gesteigerte Phantasietätigkeit auffällt. Es ist nicht richtig, anzunehmen, daß er damals im Anfang in seine Stellung gleich mit der Absicht, sie zu Betrügereien zu benutzen, gegangen ist, das geht aus seinem Verhalten in der ersten Zeit und manchen Aussagen hervor. Er mußte nur dabei sein, das unruhige Milieu lag seiner Abenteurernatur, er mußte mitmachen, Autofahrten, Kriegstrauung, Renommieren, Phantasielügen — alles lag ihm und ging sehr schön, bis die Verhältnisse geordnet wurden, da kam der Zusammenbruch und als Reaktion darauf, da er nicht wußte, was er recht beginnen sollte, die ziemlich planlose Autofahrerei.

Es ist, ich glaube von *Ritterhaus*[1]), ein sehr treffender Ausdruck geprägt worden, der die Lage einer kleinen Reihe dieser Unzulänglichen gegenüber den zurzeit bestehenden Verhältnissen des Dienstes

[1]) Die Originalarbeit war mir leider nicht zugänglich.



und ihre psychische Leistungsfähigkeit ihm gegenüber ganz außerordentlich gut charakterisiert, er heißt „felddienstfähig, aber nicht garnisondienstfähig". Oft hört man von ihnen den Wunsch, wieder hinauszukommen an die Front, „in den Schützengraben". In der Heimat ist „nichts los". Der Dienst in der Garnison stellt an ihre Psyche ganz offenbar größere und von ihnen schwerer zu erfüllende Anforderungen als der Dienst draußen. Ihre verminderte Anpassungsfähigkeit, ihre hohe Selbsteinschätzung und mangelnde Stetigkeit lassen sie hier leichter versagen. Sie stoßen sich an den nicht zu umgehenden Kleinigkeiten des Garnisondienstes offenbar wund, wenn sie einmal längere Zeit draußen waren, glauben auch wohl manchmal in einer gerade ihnen liegenden Verkennung ihrer Stellung, als erprobte Soldaten besondere Rücksichtnahme verlangen zu dürfen, und geraten dadurch unter Umständen mit Disziplin und Vorgesetzten in Konflikte. Das geschieht natürlich um so leichter, je näher diese Individuen der Grenze zur Geisteskrankheit stehen:

X. Y., 22 Jahre alt, Kriegsfreiwilliger. Aus der Vorgeschichte ist bemerkenswert, daß er mehrmals aus der Lehre entlief, verschiedentlich Selbstmordversuche machte, im Krankenhaus, wo er wegen einer Handverletzung untergebracht war, melancholische Anwandlungen abwechselnd mit zur Tobsucht ausartenden Wutanfällen hatte, zweimal wegen hysterischer Seelenstörung in einer Irrenanstalt untergebracht war. das letztemal, nachdem er mit andern einen Einbruch verübt hatte, bei dem er auf einen Beamten schoß, und im Gefängnis mit Halluzinationen erkrankte. Es handelte sich jedesmal um hysterische Dämmerzustände, die vollkommen abklangen. Vor dem Kriege hatte er eine Stellung im Auslande inne, die er bei Kriegsausbruch verlassen mußte. Im Felde machte er zunächst einen Typhus im Westen, dann später eine Dysenterie im Osten, angeblich auch eine Verschüttung, durch. Wegen der letzteren Erkrankung und nervöser Erscheinungen kam er damals zurück. Nach einem mehrmonatlichen Lazarettaufenthalt in U. wurde Y. einer Sammelstelle zugeführt und sollte in die Heimatgarnison überführt werden. Er hatte eines Tages Stadturlaub und überschritt ihn, wobei auch stärkerer Allkoholgenuß stattfand. Er wurde am andern Tage mit drei Tagen Mittelarrest bestraft und ihm bei dieser Gelegenheit wegen seines Verhaltens vom aufsichtführenden Leutnant Vorhaltungen gemacht, er erwiderte, mit geballten Fäusten vor dem Offizier stehend, er sei Kriegsfreiwilliger, brauche keinen Urlaub und könne zurückkehren, wann er wolle. Auf dem Wege zum Arresthaus skandalierte und schimpfte er. Als der Adjutant ihn im Wachlokal aufsuchte, holte er mit der Hand zum Schlag aus, als er aufgefordert wurde, militärische Haltung anzunehmen. In die Arrestanstalt gebracht,



verfiel er in einen Weinkrampf. Im weiteren Verlauf des gegen ihn eingeleiteten Verfahrens wurde er einem Lazarett zugeführt, zeigte dort neben körperlichen Symptomen von seiten des Nervensystems krankhafte Schwankungen der Gemüts- und Affektlage, Amnesie für die Zeit der strafbaren Handlung, wurde mit der Diagnose Psychopathie und Hysterie exkulpiert und entlassen zu seinem Ersatzbataillon, um als D. U. endgültig ausgemustert zu werden. Am Standort seines Bataillons wurde er einem Lazarett überwiesen, womit er nicht einverstanden war, war deshalb schon bei der Aufnahme gereizt und widerstrebend. Später beantwortete er die Aufforderung eines Vorgesetzten, stramm zu stehen, mit Fluchen und Schimpfen, verließ in hochgradiger Erregung das Krankenzimmer, sprang einem zufällig auf dem Gange entgegenkommenden Kranken an den Hals und hätte ihn erwürgt, wenn nicht schnelle Hilfe gebracht wäre. Er fiel dann besinnunglos zu Boden, kam nach einigen Minuten wieder zu sich und konnte allein sein Bett aufsuchen.

Y. kam daraufhin hier in die Anstalt, er war von vornherein völlig geordnet, bot keinerlei körperliche Symptome der Hysterie mehr, schätzte sich selbst sehr hoch ein, hatte viel weiblichen Briefwechsel, stellte den Vorgang, der zu seiner Aufnahme führte, als sehr harmlos hin und entstanden infolge eines rüpelhaften Benehmens des Unteroffiziers, und zeigte kein rechtes Verständnis für seine Lage. Er mußte nach einigen Wochen entlassen werden, da nie Krankheitssymptome auftraten.

An dem Fall ist bemerkenswert, daß der schwer hysterische Mensch, der schon vor dem Diensteintritt mehrmals ausgesprochene Dämmerzustände durchgemacht, schwere Wutausbrüche gehabt hatte, den Kriegsdienst draußen ohne erneute derartige Zustände ertragen hatte, während er in der Garnison dagegen bei ungünstigen Einwirkungen auf seine Psyche zweimal kurz hintereinander mit schwer pathologischen Zuständen reagierte.

Selbst wenn man den durchgemachten Infektionskrankheiten als einem schwächenden Faktor einen gewissen Einfluß auf deren Zustandekommen zuschreiben will, so muß doch hervorgehoben werden, daß das Krankheitsbild der letzten Zeit durchaus den vor dem Diensteintritt mehrfach aufgetretenen Zuständen weitgehend entspricht und nicht erklärt wird, warum im Felde, wo doch gewiß eine ganze Reihe viel schwererer schädigender Momente einwirkten, diese Zustände nicht aufgetreten sind. Die Annahme einer positiv gefärbten Affektlage draußen, einer negativ gefärbten in der Garnison erklärt hier vielleicht manches.

Wenn die Vorgeschichte dieses Kranken bei seiner Meldung als Kriegsfreiwilliger bekannt gewesen wäre, würde er unter allen Umständen wohl zurückgewiesen sein, da der Arzt die Prognose von vornherein ungünstig stellen mußte. Unter Umständen aber erlebt man auch bei Stellung von ungünstigen Prognosen aus der Anamnese Über-



raschungen, und Leute, die als absolut ungeeignet für den Kriegsdienst angesehen werden mußten, werden brauchbare Soldaten. Diese Fälle werden nicht so häufig sein. Ein Beispiel, bei dem der Betreffende im Dienste bereits versagt hatte, sei hier angeführt:

U. V., im 20. Jahre. Stammt von einer nervösen Mutter, ist auf der Schule bereits aufgefallen, konnte sich in dieselbe, trotzdem er begabt war, nicht einfügen, verließ sie in Sekunda, wurde Kaufmann, ohne Neigung zu diesem Beruf zu haben, gab seine Stelle nach einiger Zeit wieder auf, ging wieder auf die Schule, verließ sie wieder, trieb allerlei Privatstudien, zerfiel wegen seines Lebens mit seinen Angehörigen, ging schließlich mit einem befreundeten Maler, der einen weitgehenden Einfluß auf ihn ausübte, ins Ausland. Trieb dort Philosophie, dichtete, arbeitete an einem philosophischen Werke, verkehrte mit Ausländern der verschiedensten Nationalitäten, mußte bei Ausbruch des Krieges die Stadt verlassen, wurde Kriegsfreiwilliger. Machte die Kämpfe in Flandern, den Sturm auf Ypern mit, erhielt dort einen Streifschuß, kam zurück. In der Garnison wurde sein Benehmen auffällig, er richtete eines Tages ein Gesuch an das Bataillon, in dem er bat, ihn aus dem Militärdienst zu entlassen, da seine Lebensanschauungen ihm nicht erlaubten, weiter am Kriege teilzunehmen. Das Gesuch war so auffällig, daß er zur Beobachtung unserem Lazarett überwiesen wurde.

Hier wurde festgestellt: Körperlich in der Entwicklung zurückgebliebener Mensch, der viel jünger aussieht, als seinen Jahren entspricht. Ausgesprochene Gefäßbelastung. Von erheblichem Selbstbewußtsein, überschätzt die eigene Persönlichkeit ganz bedeutend. Glaubt sich berufen, Welt und Staat zu reformieren. Ganz verworrene Anschauungen über den Ursprung des Krieges, wirft mit Schlagworten um sich. Meint, daß der heutige Staat auf ganz falschen Prinzipien aufgebaut sei, er muß reformiert werden, und er selbst ist nach seinen Fähigkeiten berufen, einer der Träger dieser Reformation zu sein, die die Staatenbildung im heutigen Sinne abschafft. Dieser Idealstaat soll auf einer veränderten Erziehung aufgebaut werden, die Schule muß abgeschafft werden, die Religion durch die Moral ersetzt werden. Der Lehrer muß fortwährend mit den Kindern in der Natur sein, ihnen „spielend" beibringen, das ist recht und das ist unrecht. Es wird dann keine Kriminalität mehr geben, jeder wird dem andern geben, was er braucht, es wird kein persönliches Eigentum mehr geben. Unrechttun ist ausgeschlossen, das gibt es eben nicht mehr, die Erziehung macht das unmöglich.

Eine eingehende Beschäftigung mit diesem Reformator, dessen intellektuelle Fähigkeiten nebenbei sehr gute waren, ergab eine sehr lebhafte Phantasietätigkeit und sehr wenig positives Wissen, er hatte vom Staate, den er bekämpfte, und seinen Einrichtungen, von seiner Entwicklung kaum eine Ahnung. Der Beweis hierfür, der ihm in einer Reihe von Unter-



redungen spielend geliefert wurde, machte auf ihn sichtlich Eindruck, er wurde nachdenklich und weniger radikal. Er trat in mancher Beziehung einen verdeckten Rückzug an, bat, wieder zum Bataillon zu kommen, wollte auch, wenn es bestimmt würde, wieder ins Feld rücken, aber schießen auf andere werde er nicht, er würde sich ruhig totschießen lassen. Das Verhalten des V. während der ganzen Zeit zeigte noch viele infantile Züge. Seine Gedichte waren nicht schlecht. Manchmal klang leise an, daß bei seinen Anschauungen vielleicht etwas eine verletzte Eitelkeit mitspielte, er glaubte sich andern gegenüber durch Nichterhalten des Eisernen Kreuzes zurückgesetzt.

Wir haben V. nach Abschluß der Beobachtung als einen Grenzzustand, als einen degenerativen Phantasten bezeichnet, der wohl stark verschroben, aber nicht geisteskrank sei, und ihn als arbeitsverwendungsfähig entlassen mit dem Rat, ihn mit schriftlichen Arbeiten auf dem Bureau zu beschäftigen.

So ist es denn zunächst auch geschehen. Nach einiger Zeit hat er es dann aber verstanden, wieder hinauszukommen. Er hat die schweren Kämpfe in Galizien mitgemacht, ist erneut verwundet, mit dem Eisernen Kreuz ausgezeichnet und befördert worden. Psychisch und körperlich hat er in der Zwischenzeit einen großen Schritt zur Männlichkeit gemacht, Anklänge an seine alten phantastischen Ideen leben in seinem Innern wohl noch, aber in weitgehend gemilderter Form. Er ist im Begriff, seine Reifeprüfung zu machen und sich positive Grundlagen für seine Studien zu verschaffen.

Die erfreuliche Entwicklung, die dieser anscheinend ziemlich hoffnunglose Fall genommen hat, ist wohl in gewisser Weise überraschend, aber keineswegs unverständlich. Die Pubertätsstürme haben in diesem etwas phantastisch veranlagten, nicht unbegabten Menschen offenbar heftiger gehaust als gewöhnlich. Die Entwicklungsperiode war bei dem auch körperlich unterentwickelten Menschen offenbar noch nicht abgeschlossen, unzweckmäßige Umgebung, die ihn für einen außergewöhnlichen Menschen hielt, kritiklose weibliche Anbetung hatten das Ihrige dazu getan, ihn in abwegige Bahnen zu lenken. Die Idee an sich — trotz fehlender positiver Grundlagen und ungenügender Lebenserfahrung —, berechtigt und berufen zu sein, in vielen Dingen des öffentlichen Lebens mitzusprechen, finden wir ja unter einzelnen Gruppen der heutigen Bewegungen unter jugendlichen Leuten überhaupt vertreten. Hier liegt natürlich eine Steigerung ins Pathologische vor.

Derartige, einen günstigen Ausgang nehmende Fälle dürften immerhin zu den Seltenheiten gehören und in der Besonderheit des Zustandes begründet sein, die schließlich doch ein Einsetzen der notwendigen Hemmungen ermöglicht. Ein auf den ersten Blick in vieler Beziehung ähnlich liegender weiterer Fall, der in unsere Beobachtung



kam, nahm schließlich einen etwas dramatischen Ausgang. Die Akten über ihn sind noch nicht geschlossen, doch scheint er mir wert, hier angeführt zu werden, auch ohne daß schon eine restlose Auflösung erfolgt ist:

M. N., 26 Jahre alt, hat seit dem 16. Jahre erheblich Bier getrunken, war zeitweilig Bettnässer, lernte als Kaufmann, besuchte eine Handelshochschule, hatte eine Reihe von Stellungen inne, verlor sie mehrfach durch Unpünktlichkeit und Nachlässigkeit. Die Schuld dafür schiebt er selbst auf den Alkoholmißbrauch, er trank am Abend stark und blieb am andern Morgen einfach im Bett, ohne zum Dienst zu gehen. Verheiratete sich 1913, gründete zugleich ein Geschäft, verkaufte es nach einem Jahre wieder. Im Rausch mehrfach lebensüberdrüssig und Selbstmordabsichten, hatte aber zur Ausführung keine Energie. Im April 1915 als Landsturmrekrut eingestellt, ist er im Juli wegen eigenmächtiger Urlaubsüberschreitung mit 7 Tagen strengen Arrest, dann noch einmal mit 48 Stunden Mittelarrest wegen Dienstversäumnis bestraft worden. Hat im September Gefechte in Rußland und die Champagneschlacht mitgemacht und ist am 29. September durch Granatschuß am Oberarm verwundet. War deswegen bis zum 30. 11. 15 in Lazarettbehandlung, im Anschluß daran Urlaub bis zum 10. Dezember. Sollte sich an diesem Tage direkt bei seinem Ersatzbataillon melden. Er erschien nicht und wurde am 16. des Monats in X. festgenommen, er meldete sich selbst wegen Urlaubsüberschreitung. Auf seinem Fahrschein war das Datum des Reisetages geändert, er gab an, nicht zu wissen, wer die Fälschung vorgenommen. Er wurde zur Truppe zurücktransportiert, am 23. 12. auf freien Fuß gesetzt und verschwand am 25. 12. wieder, indem er als blinder Passagier nach H. fuhr. 3 Tage später meldete er sich selbst auf der Wache wieder, wurde zurücktransportiert und zu 3 Monaten Gefängnis verurteilt. Bei der Verhandlung und auch später erklärte er auf Befragen, er werde sich wieder entfernen, wenn er auf freien Fuß gesetzt werde. Es wurde beschlossen, ihn direkt aus dem Arrest dem nächsten Transport ins Feld beizuordnen. Als er zu diesem Zweck aus der Haft am 16. 2. 16 geholt und eingekleidet wurde, verweigerte er, die Stiefel zu verpassen, und wiederholte diese Weigerung vor versammelter Mannschaft. Auf Zureden erklärte er, es sei ihm alles einerlei, er sei mit sich einig und habe mit dem Leben abgeschlossen. Bei einer spezialärztlichen Untersuchung wurden sichere Anzeichen einer Geisteskrankheit nicht gefunden. N. begründete seine Weigerung, nicht wieder ins Feld zu gehen, logisch mit einer Art Grauen, das er davor habe, er wolle lieber die noch so schwere Strafe auf sich nehmen als wieder hinausgehen, trotzdem habe er im Felde selbst keine besondere Angst gehabt. Es wurde nach weiteren Angaben des N. — er gab nämlich an, er habe seit der Jugend zu ausgesprochenen, zeitweilig 1—2 Tage dauernden Trinkexzessen geneigt, erst in den letzten Jahren huldige



er eigentlich dauerndem Alkoholmißbrauch — an die Möglichkeit einer psychischen Epilepsie gedacht.

Die Beobachtung ergab einen kleinen, fetten Mann mit an das Weibliche erinnerndem Körperbau und nicht gerade hervorragender Intelligenz, sein Allgemeinwissen war dürftig. Das Benehmen war dauernd völlig geordnet. Auffallend war eine gewisse affektive Stumpfheit und die Ruhe und Wurstigkeit, mit der er über seine Straftat und über sein ganzes Leben sprach. Als Grund für seine Gehorsamsverweigerung gab er auch hier, wie früher stets, an, er habe nicht wieder ins Feld wollen. Er habe nicht wieder in die Front gewollt, weil er genau wisse, daß er totgeschossen werde. Manchmal gibt er an, es sei wie ein innerer Zwang gewesen. Das Unrichtige seiner Handlungsweise gibt er ohne weiteres zu, bleibt aber dabei, er habe nicht wieder zur Front gehen können. Er meint einmal, auch im Friedensdienst würde es ihm nicht viel anders gegangen sein, er passe eben nicht zum Soldaten. Bei der Unterhaltung über diesen Punkt, seine Weigerung, ins Feld zu gehen, und deren Begründung, wurde N. in seinem Wesen ernst und zurückhaltend, so daß anfangs versteckte Wahnvorstellungen vermutet wurden. Er blieb dabei, daß er genau wisse, daß er im Felde totgeschossen würde, woher er das so genau wisse, dürfe er nicht sagen. Weiteres war aus ihm nicht herauszubekommen trotz aller Bemühungen.

Das blieb auffallend, dagegen fanden die von ihm angewandten Mittel, sich seiner Zurückführung an die Front zu entziehen, die gleichfalls etwas auffallend waren, eines Tages durch ihn selbst ihre Erklärung. Auf die Vorstellung, daß es am Ende doch wohl besser für ihn gewesen sei, wieder hinauszugehen, als sich jetzt einer langen Zuchthausstrafe auszusetzen, bricht er eines Tages damit heraus: Dazu haben sie mich ja getrieben. Er erzählt dann, daß er auch die früheren Urlaubsüberschreitungen lediglich begangen habe, um sich durch die Strafe dem weiteren Frontdienst zu entziehen. So habe er absichtlich die Überschreitung über 3 Tage ausgedehnt, damit er strenger bestraft werden mußte. Erst als er auf diesem Wege sein Ziel nicht erreicht habe, sei er zu schwereren Vergehen getrieben worden, da er auf alle Weise seine Absicht durchsetzen wollte. Daß er seinen Plan weitgehend durchdacht hat, geht auch aus seiner Äußerung hervor, die Strafe würde ja keinesfalls länger als der Krieg dauern, da beim Friedensschluß jedenfalls eine allgemeine Amnestie erlassen werden würde.

Auch hier liegt ein Mensch vor, der im bürgerlichen Leben bereits bis zu einem gewissen Grade gescheitert ist, es jedenfalls nicht vermocht hat, sich eine dauernde Stellung im Leben zu erringen, sondern sich ziemlich haltlos und ohne eigene Initiative treiben ließ. Manches ist auffallend in seinem Lebensgang und bereitet der Erklärung Schwierigkeiten. Für die aufgeworfene Frage der Dipsomanie fanden sich keine Anhaltpunkte. Er gab hier an, regelmäßig eigentlich seit dem 16. Jahre getrunken zu haben,

von Perioden gibt er hier nichts an, auch keine Verstimmungszustände. Es führten bei ihm nicht solche zum Alkoholgenuß, sondern der Rausch führte, wie wir es bei Degenerierten nicht so ganz selten sehen, zu Verstimmungszuständen, die aber wie der ganze Mensch schwächlich waren. Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen, die anfangs vermutet wurden infolge seines Benehmens bei Unterhandlungen über die Frage nach dem Grunde seiner Weigerung, waren trotz alles Bemühens nicht festzustellen, das planvolle, genau überlegte Verhalten, um zu seinem Ziele zu kommen, und seine Begründung sprachen in gewisser Weise dagegen und ließen schließlich die Vermutung, daß er doch lediglich aus Furcht gehandelt habe, berechtigt erscheinen; auch sein ganzes, stets geordnetes Verhalten sprach gegen eine frische Psychose, schizophrene Symptome waren gleichfalls nicht nachweisbar. So war zunächst keine Tatsache zu gewinnen, die die Anwendung des § 51 rechtfertigen konnte. Die Verhandlung vor dem Kriegsgericht wurde angesetzt. In derselben wieder dasselbe Verhalten des Angeklagten bei dem Versuch, über den Grund seiner Weigerung an die Front zu gehen, etwas zu erfahren. Dann plötzlich, nachdem nochmals vom Verteidiger und Sachverständigen auf ihn eingeredet ist, gibt er weinend an, daß er seit seinem Aufenthalt im Lazarett Stimmen höre. Der neugeschaffenen Situation gegenüber wird die Verhandlung abgebrochen und eine weitere Begutachtung angeordnet.

Die unerlaubte Entfernung bzw. Fahnenflucht, wie sie der Anklage des vorhergehenden Falles zugrunde lag, ist ein Vergehen, das wir auch in Friedenszeiten von unsteten Degenerierten, Debilen und mehr oder minder Schwachsinnigen nicht so selten begangen sehen; daß es ein Vergehen ist, das in der jetzigen Kriegszeit häufiger zur Begutachtung kommt, ist leicht verständlich. Die größeren Anforderungen, die Aussichten auf die Strapazen und Gefahren des Frontdienstes werden gerade bei der größeren Zahl von Minderwertigen hier öfter zum Versagen führen, die zu Friedenszeiten vom Militärdienst verschont bleiben. Die allgemeine Wehrpflicht ergreift auch den Landstreicher auf der Walze und führt ihn dem Dienste zu. Daß er namentlich, wenn er schon längere Jahre sein unstetes Leben der Wanderschaft geführt hat, ein schwieriges und unter Umständen ungeeignetes Objekt für die militärische Erziehung sein kann, liegt auf der Hand. Zudem ist es eine natürliche Erscheinung, daß diese Leute als oft unsichere Heerespflichtige mit einem gewissen Mißtrauen manchmal von vornherein angesehen werden und infolgedessen der nicht psychologisch vorgebildete Vorgesetzte in seinen Erziehungsmaßnahmen einmal fehlgreift.



A. B., im 40. Lebensjahre stehend, auf der Schule nicht recht vorwärts gekommen, hat nach der Konfirmation das Schlosserhandwerk erlernt und ist seit dem 22. Lebensjahre in die Fremde gegangen, hat eine Anzahl von Jahren im Hafen zu H. als Gelegenheitsarbeiter, meist als Kesselreiniger, gearbeitet; seit 6 Jahren ist er die meiste Zeit auf der Walze gewesen und hat seinen Lebensunterhalt kärglich durch Arbeiten bei Bauern verdient. Vorbestraft ist er, soweit aus seinen Akten ersichtlich ist, nicht. Seiner Angabe nach hat er damals die Arbeit als Kesselreiniger aufgegeben und aufgeben müssen, weil er einen Unfall erlitt, bei dem er mit dem Kopf auf eine Steinplatte aufschlug, und seitdem häufig an Kopfschmerzen und Schwindel litt. Dazu sollen selten (bisher im ganzen etwa 4—5mal) Krampfanfälle aufgetreten sein. Er wurde am 3. 2. 1915 angehalten und in O. eingestellt. Am 18. desselben Monats verschwand er aus der Garnison und blieb fast genau ein Jahr, bis zum 9. 2. 16, verschollen. Damals wurde er festgenommen, weil er keine Papiere hatte und seine Personalien anzugeben sich weigerte. Bei einer Vernehmung vor dem Amtsgericht hatte er einen „Veitstanzanfall, der nach Ansicht des Gerichts nicht simuliert war". Er gab an, daß er Epileptiker sei und „häufig längere Dämmerzustände habe". Vor dem Kriegsgericht erklärte er, daß er aus Angst fortgegangen sei, weil der Unteroffizier erklärt habe, er wolle ihn hochnehmen. Er gab die genauen Einzelheiten seiner Entfernung an, wußte, wo er inzwischen gewesen war, wo er gearbeitet hatte. Im Verlaufe des Verfahrens wurde Beobachtung beantragt.

In den Untersuchungsakten findet sich die folgende Charakterisierung des Angeklagten:

Da B. von Anfang an einen schlechten, ehrlosen Charakter zeigte und auch sonst einen verkommenen und frechen Eindruck machte, der Fahnenflucht verdächtig. Auch liegt der Verdacht um so mehr vor, als er bei Feststellung des Nationales angab, nicht zu wissen, ob seine Eltern noch lebten und wo sie wohnten.

B. ist ein dürftiger, kleiner Mann, dessen Nervensystem außer einer Hypästhesie für Schmerz am ganzen Körper, leichtem Tremor der Finger, Dermatographie und einer nicht sehr ausgiebigen Lichtreaktion der Pupillen keine Besonderheiten aufweist. Epileptische Krämpfe und isolierte Krämpfe im rechten Unterarm, wie er sie angab, wurden nicht beobachtet. Die Einzelheiten seiner Entfernung — er hat unter seine Uniform Zivilzeug angezogen — wußte er genau, es konnten keinerlei amnestische Defekte festgestellt werden. Ein Dämmerzustand für die Zeit der Entfernung kam nicht in Frage. Für das Vorliegen einer krankhaften Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51 fanden sich keinerlei Anhaltpunkte. Dagegen neigte er etwas zu Übertreibungen und war ein leicht unzufriedener Herr, der verschiedentlich andere Kranke zu veranlassen suchte, bei dem einfachen Essen der Kriegszeit nicht zu arbeiten.



Daß man B. beim Militär ein gewisses Mißtrauen von vornherein entgegengebracht hat, ist verständlich und geht aus den Äußerungen der Akten hervor. Wenn sich dieses Mißtrauen aber zu einem Teil daraus herleitete, daß es bei ihm auch als ein Zeichen seines wenig guten Charakters angesehen wurde und den Verdacht der Fahnenflucht verstärkte, daß er angab, nicht zu wissen, ob seine Eltern noch lebten und wo sie wohnten, so war das zu weit gegriffen. Der auf der Walze lebende B. hatte nach seinen glaubwürdigen Angaben keine Verbindung mit seiner Heimat, was auch dadurch bestätigt wurde, daß in seinem Heimatsort ein Sparkassenbuch von mehreren hundert Mark für ihn verwaltet wurde, von dessen Vorhandensein er keine Ahnung hatte. Der in seinem Nervensystem immerhin nicht ganz intakte Mensch hatte bei seinem Alter und dem unsteten Leben der letzten Jahre nicht mehr die notwendige Elastizität für die Disziplin des Dienstes und entzog sich ihm, vielleicht besonders noch dazu getrieben durch die Furcht, daß man ihm besonders genau auf die Finger passen werde. In einem Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit handelte er aber nicht.

Daß derartige Angaben über Dämmerzustände überhaupt nur vorsichtig bewertet werden dürfen, wo es sich um militärische Rechtsbrecher handelt, ist erst kürzlich von *Hübner* betont worden. Der Autor gibt an, daß bei einer Reihe von ihm beobachteter Fälle sich eine angebliche Amnesie bei eingehender, wiederholter Prüfung als nicht vorhanden erwies. „Diese Wahrnehmungen mahnen zur Vorsicht gegenüber den Angaben der Angeklagten.“ Diese Erfahrung konnten auch wir machen:

E. F., 1883 geboren, dem ungedienten Landsturm angehörend. Am 5. 2. 15 in O. eingestellt, am 1. 10. 15 ins Feld gerückt. Bereits am 28. 10. 15 wegen Magenerkrankung im Lazarett, gesund entlassen, meldet er sich bereits auf dem Marsch zur Truppe wieder bei einer Leichtkrankenabteilung der Etappe. An demselben Tage wieder als gesund entlassen, kommt plötzlich aus einer deutschen Stadt, die weit rückwärts liegt, die Meldung, daß F. in einen falschen Zug gestiegen und dort angekommen sei. Er wird in die Garnisonstadt zurückgebracht, entfernt sich dort noch einmal heimlich und wird am 23. 12. 15 erneut mit einem Transport in Marsch zur Truppe gesetzt. Bereits auf einer der nächsten Stationen entschwindet er dem Transportführer und meldet sich nach einiger Zeit freiwillig auf der Wache in H. mit der Angabe, daß er sich entfernt habe. Bei dieser Entfernung befand er sich seiner Angabe nach in einem krankhaften Zustande. Er sei in R., wo er entwichen, in das Pissoir gegangen, dort seien zwei feingekleidete Herren auf ihn zugekommen und hätten ihm etwas ins Gesicht gespritzt, worauf er das Bewußtsein verloren habe. Bei dieser Angabe blieb er auch die erste Zeit während der hiesigen Beobachtung, ließ sie dann, als er merkte, daß durch diese Darstellung Zweifel an seiner Glaub-



würdigkeit entstanden, fallen, hielt aber hartnäckig an der Angabe fest, daß er an die Zeit, die zwischen seiner Entfernung und seiner freiwilligen Meldung lag, keinerlei Erinnerung habe. Erst nach wiederholten und eingehenden Unterredungen gab er eines Tages zu, daß seine Erinnerung an die Einzelheiten dieser Zeit sehr wohl erhalten sei. Als Grund für seine Handlung gab er glaubwürdig Furcht vor dem Frontdienst an.

F. bot körperlich eine Reihe von Degenerationszeichen und die Zeichen einer leichten Nervosität. Die Bedingungen des § 51 StGB. waren nicht erfüllt, die Furcht des Psychisch-Labilen vor den Schrecken des Krieges allein konnte zu seiner Anwendung keine Veranlassung geben.

Daß in andern Fällen das Gefühl, den ungewohnten Anforderungen, die der Militärdienst stellt, nicht gewachsen zu sein, auf die Psyche eines labilen und geistig nicht ganz intakten Menschen unter Umständen auch einen wirklich schwer krankhaft alterierenden Einfluß ausüben kann, dafür sei der folgende Fall ein Beleg:

C. D., im Jahre 1887 geboren, war außer einer Gonorrhöe vor langen Jahren immer gesund, lebt in glücklicher Ehe und ist Vater eines Kindes. Vor 6 Jahren etwa erlitt er einen Unfall in Gestalt eines Falles auf den Hinterkopf. Seitdem ist er etwas vergeßlich geworden. Dafür ist eine objektive Tatsache, daß seine Frau ihm — er betreibt selbständig ein Agenturengeschäft und ist kein Rentenempfänger — immer die Geschäftsbriefe, die er geschrieben, nachlesen mußte, ob sie in Ordnung seien. Sonst war er beschwerdefrei. Er wurde im Anfang des Jahres 1916 zum Heeresdienst eingezogen. Hier fiel er auf, weil er sehr häufig die Übungen wiederholt falsch machte, er vergaß sie immer wieder. Er vergaß auch die Namen seiner Vorgesetzten, trotzdem seine Frau sie ihm zu Hause abhörte. „Er warf sie immer wieder durcheinander." Er nahm sich immer vor, die Sache diesmal richtig zu machen, dadurch wurde es nur noch schlimmer. Nun bekam er Angst, diese steigerte sich mehr und mehr, und eines Tages brachte er sich einen Messerstich in die Brust bei infolge großen Angstgefühls. Er kam ins Lazarett und dann in unsere Behandlung. Es fand sich körperlich außer einer leicht verwaschenen Sprache nichts Besonderes. Psychisch war eine leichte Einengung der Merkfähigkeit deutlich vorhanden. Einmal trat ein einstündiger Anfall von Herzklopfen auf, der mit Pulsbeschleunigung und dem Gefühl des Unwohlseins einherging. Der Kranke, der ein sehr ansprechbares, weiches Gemüt hatte, erholte sich bald, die Angst war bereits nach einigen Tagen verschwunden, nachdem er die Sorge des Dienstes los war, und konnte bereits nach einem Aufenthalt von 4 Wochen relativ geheilt entlassen werden.

Hier waren offenbar die Symptome der affektiven Melancholie durch äußere Anforderungen, die für ein nicht mehr ganz intaktes Gehirn zu große waren, ausgelöst worden und hatten ihren Höhepunkt gefunden in einem ziemlich schwächlichen Selbstmordversuch. Sie klangen sehr





schnell ab, nachdem die Einwirkungen des ungünstigen Milieus behoben waren. Das Insuffizienzgefühl schwand und damit auch die Angst vor den täglichen Mißerfolgen. Einen ganz ähnlichen Fall einer reaktiven Depression sahen wir bei einem Apotheker, der als Sanitätsunteroffizier eingezogen war, auch hier handelte es sich um einen Disponierten, der nervöse Symptome bot und seinen Beruf immer schwer genommen hatte. Er war im Sanitätsdienst nicht ausgebildet, wurde einem Feldlazarett zugeteilt, sollte Verbände machen, was er nicht konnte, Krankengeschichten schreiben usw. Er besaß nicht die Fähigkeit, sich in diesen ihm ungewohnten Dienst hineinzufühlen, obwohl er ihm ja eigentlich bis zu einer gewissen Weise liegen mußte, geriet daher in Konflikte mit seinem Vorgesetzten, brach dann plötzlich mit einem Ohnmachts- oder Krampfanfall, dessen Natur nicht feststeht, zusammen und erkrankte an einer mit einem schweren Insuffizienzgefühl einhergehenden Depression, die eine längere Lazarettbehandlung notwendig machte. Hier war die Heilung schwieriger, da der Kranke immer fürchtete, wieder in seine Stellung, der er sich nicht gewachsen fühlte, und vor der er Furcht hatte, zurück zu müssen. Hinzu kamen leichte Eigenbeziehungen, er glaubt sich um seiner Religion willen, er war Jude, zurückgesetzt, da andere als Unterapotheker eingestellt waren. Er machte dann mit unserer Unterstützung eine Eingabe um Einstellung als Unterapotheker. Sie hatte Erfolg, der Zustand besserte sich, und der Kranke konnte nach Ablauf aller Symptome als Unterapotheker in einem Reservelazarett eingestellt werden. Auch hier wirkte die Aufhebung ungünstig auf die Psyche wirkender äußerer Momente außerordentlich günstig,

Ähnliche reaktive Melancholien oder Depressionszustände scheinen namentlich auch bei älteren Männern im Dienste nicht so selten vorzukommen; die Veränderung der ganzen Lebensbedingungen, die lange Abwesenheit von der Familie im Verein mit den ungewohnten körperlichen Anstrengungen dürften hier mitwirken zum Zustandekommen eines Krankheitsbildes, in dem neben heftiger Angst und infolge derselben die Wahnvorstellung des Erschossenwerdensollens oder Getötetwerdensollens im Vordergrunde steht. Versündigungs- oder ähnliche Vorstellungen habe ich dabei bei den Fällen, die ich gesehen habe, nicht gefunden. Hysterische Symptome waren nur in einem Fall angedeutet. Disposition ist nicht immer nachweisbar, in einem Falle hatte der Kranke eine ähnliche Attacke im 23. Lebensjahr, als er vor kurzer Zeit zum Militärdienst eingezogen war, durchgemacht.

Der Einfluß, den eine Versetzung in fremde und schwierige Verhältnisse auf die Psyche im Einzelfall ausübt, wird naturgemäß ein ganz verschiedener sein, je nach dem Alter des Betroffenen, je nachdem

es sich um einen leichtbeweglichen Städter oder um einen Landbewohner handelt, der nie seine Scholle verlassen, je nachdem ein widerstandfähiges Zentralnervensystem vorliegt oder ein labiles. Wir kennen das „Heimweh“ schon lange als eine Ursache — wirkliche oder angegebene — für kriminelle Handlungen vorwiegend jugendlicher, psychisch minderwertiger Individuen. Es ist nicht zu verwundern, daß es auch jetzt gelegentlich einmal als Grund für eine unerlaubte Entfernung vom Heer angegeben wird und bei geeigneter Lage des Falles wohl auch berücksichtigt werden muß:

M. N., 26 Jahre alt, aus einem Dorfe der Provinz Hannover stammend. Mutter an Phthise gestorben. Hat als Landarbeiter in der Heimat sein Geld verdient, ist über die engere Umgebung nicht hinausgekommen, wohnte beim Vater, hatte nie Konflikte mit seinen Arbeitgebern. Vorbestraft ist er einmal wegen Forstdiebstahls und mehrmals wegen Bettelns und Betrugs. Hat nicht gedient, weil er zu schwach auf der Brust war, er kommt bei schnellem Laufen und bei schwerer Arbeit leicht außer Atem. Ist im November 1915 als unsicherer Heerespflichtiger eingestellt, hatte vom 21.—23. Dezember Weihnachtsurlaub, kehrte nach Ablauf desselben nicht zur Truppe zurück. Er hatte angeblich den letzten Zug versäumt und war dann aus Angst vor Strafe weggeblieben. Am 3. 2. 16 wegen dieses Vergehens zu 43 Tagen Gefängnis verurteilt, entfernt er sich bereits 3 Tage später wieder von der Truppe, geht zu Fuß in die Heimat, erzählt die Sache sofort seinem Vater, ist aber nicht zu bewegen, zurückzukehren, er hat Angst vor der Strafe. Er wird am 8. 2. festgenommen und erneut zu 2 Monaten Gefängnis verurteilt. Als Grund seiner Entfernung gibt er Heimweh an: Es sei so über ihn gekommen, er habe nicht widerstehen können, es müsse wohl Heimweh gewesen sein. Er wird am 11. 3. aus der Haft entlassen, bereits am folgenden Tage ist er wieder verschwunden und wird am folgenden erneut festgenommen, wieder auf dem Wege nach Hause begriffen. Er gibt vor Gericht einen unwiderstehlichen Drang nach Hause als Grund der erneuten Entfernung an und bittet aus sich selbst heraus, ihn baldmöglichst ins Feld zu schicken, damit er hinter der Front weiter ausgebildet werde. Er wird ärztlich untersucht, zeigt ein leicht erregbares Wesen und gibt an, nachts durch unerklärliche Stimmen geängstigt zu werden. Darauf wird Beobachtung beantragt und verfügt.

Die körperliche Untersuchung des gut genährten Mannes ergab eine leichte Veränderung des Herzens mit einer Neigung zu Pulsbeschleunigungen nach körperlicher Anstrengung. Subjektiv bestanden Klagen über Druck in der Herzgegend. Das Nervensystem zeigte außer geringem Fingertremor und Dermatographie keine Besonderheiten. Der Gesamteindruck, den der jugendlich aussehende N. von vornherein machte, war der eines be-

schränkten Menschen. Die Intelligenzprüfung ergab: Einfache Rechenaufgaben werden schnell und richtig gelöst, auch das Schreiben ist leidlich, Auskunft über sein Vorleben, seinen Arbeitsverdienst und die Heimatsverhältnisse sind durchaus zureichend. Damit ist sein Wissen und Können aber auch bereits ziemlich am Ende. Vom Kriege weiß er sehr wenig, von den Heerführern kennt er nur Hindenburg dem Namen nach; daß er die Russen aus Ostpreußen vertrieben, weiß er nicht, ebensowenig wie, daß sie jemals darin waren. Von den deutschen Staaten kennt er außer Preußen nur Oldenburg, wo er in Garnison steht. Unterschiedsfragen, Sprichworterklären gelingen nicht. Die Orientierung über die neue Umgebung ist sehr langsam und ungenügend. Der Zweck seines Aufenthaltes hier wird ihm auch nie recht klar. Die Merkfähigkeit ist ausgesprochen herabgesetzt.

Seine Bitte, möglichst an die Front geschickt zu werden, begründet er damit, er hoffte, daß ihm dadurch das Weggehen unmöglich gemacht werde (sein Garnisonort liegt nahe seiner Heimat).

Beim näheren Nachfragen erst kommt er auch hier damit heraus, daß er früher, nur immer in der Nacht, verschiedentlich sowohl im Massenquartier wie im Arresthaus, im ganzen wohl neunmal Stimmen gehört habe. „Als wenn jemand bei ihm spreche, es sei aber keiner dagewesen." Meist habe er die Worte nicht verstanden, mehrere Male habe er aus den Stimmen gehört, daß er nach Hause gehen solle. Die Stimmen seiner Kameraden seien es nicht gewesen, was es eigentlich war, könne er nicht angeben. Hier hat er nie mehr dergleichen gehört, Angst hat er nicht. Daß sein Fortlaufen unrecht sei, gibt er ohne weiteres zu, man dürfe so etwas nicht, das sei verboten und werde bestraft, aber er habe nicht anders gekonnt. Er macht bei diesen Angaben stets einen leicht deprimierten und erregten Eindruck. Auch bringt er die Stimmen gar nicht in unmittelbaren Zusammenhang mit seinem Fortlaufen, er gibt stets ausdrücklich an, sie nur nachts gehört zu haben, nicht unmittelbar vor dem Fortgehen.

Das Vorliegen einer Geistesstörung im Sinne des § 51 zur Zeit der Tat wurde im Gutachten als vorliegend angesehen.

Daß in diesem Falle die große Veränderung der Lebenslage und ihre Einwirkungen auf eine unzulängliche Psyche mit der darauf folgenden Reihe von gleichartigen strafbaren Handlungen in einem kausalen Zusammenhang stehen, unterliegt wohl keinem Zweifel. N. war schon körperlich nicht voll leistungsfähig. Er war mit seinen Intelligenzdefekten in den sehr einfachen Verhältnissen der Heimat nicht besonders aufgefallen, hatte sich im ganzen in ihnen zu behaupten vermocht, wenn auch einzelne Konflikte mit dem Strafgesetz in einer Form, wie sie bei Imbezillen leicht gefunden wird, vorgekommen waren. Den fremdartigen Verhältnissen, die an seine körperliche und geistige Leistungsfähigkeit außerordentlich vermehrte Anforderungen stellten, war er nicht gewachsen. Die Angaben über die nächtlichen Halluzinationen können als unbedingt sicher angesehen werden. Mit der Psychiatrie war N. vorher noch nicht in Berührung



gekommen. Sie aus sich heraus zu erfinden, dazu war seine Intelligenz nicht hervorragend genug. Er flüchtete in einem Krankheitszustand in die Heimat.

Die Lage für einen derartigen Schwachsinnigen oder ähnlichen Unzulänglichen, der sich schon durch die Einstellung zum Dienst in schwierigere Verhältnisse versetzt sieht als ein Normaler, kann sich weiter komplizieren, wenn noch eine spezifische Schädigung durch den Kriegsdienst, etwa in Gestalt einer namentlich den Kopf treffenden Verwundung, eines Erschöpfungszustandes und dergleichen hinzukommt, wie es in einem andern zur Beobachtung kommenden Falle vorlag:

A. B., 1893 geboren, konnte in der Schule nicht gut lernen und hat von einer sechsklassigen Bürgerschule nur drei Klassen durchgemacht. Er hat nach seiner Konfirmation die ganze Zeit in verschiedenen Fabriken seiner Heimatstadt gearbeitet, es aber nicht weiter als bis zum einfachen Arbeiter bringen können, weil er an Maschinen nicht arbeiten konnte, er begriff die Vorschriften ihrer Handhabung nicht. Immerhin hat er selbständig seinen Lebensunterhalt verdient und zuletzt die Woche 20 M. bekommen. Mit dem Strafgesetz ist er noch niemals in Konflikt geraten. Im Herbst 1913 wurde er Soldat, aber nach 3 Wochen wegen eines Ohrleidens wieder entlassen. Im März 1915 wurde er erneut zum Dienst eingezogen. Während der Ausbildungszeit ist nichts Besonderes vorgekommen, nur hat der Unteroffizier immer zu ihm gesagt, er sei so dumm und verunziere die ganze Kompagnie. „Dabei habe er immer alles so gemacht wie die andern, es sei aber doch nie richtig gewesen.“ Anfang Juli ins Feld gerückt, ist er am 26. desselben Monats durch einen Kopfschuß verwundet worden. Nach Heilung der Wunde habe er zeitweise heftige Kopfschmerzen gehabt, konnte den Dienst nicht mehr gut vertragen. Er wurde zum Wachdienst in einem Gefangenenlager kommandiert, dort ging es ziemlich gut. Nach den Gerichtsakten war er in der Kompagnie als anständiger Mensch bekannt und genoß großes Vertrauen. Ende November bekam B. Konflikte mit dem ihm vorgesetzten Feldwebel, der ihn mehrfach rügte. So rügte er ihn am 18. 11. wegen Unrasiertseins, am folgenden Tage stellte er ihm 3 Tage Mittelarrest in Aussicht. Dies verbat sich B.: Er wisse sonst nicht, was er tue. Dabei nahm er eine Haltung an, als ob er dem Vorgesetzten das Gewehr vor die Füße werfen wolle. Er wurde daraufhin im Wachtlokal untergebracht und zog sich 3 Tage später einen erneuten Tadel zu wegen ungeputzter Knöpfe, er erwiderte darauf in unangemessenem Tone. Es ist wegen seines Verhaltens gegen ihn eine Anklage wegen Achtungsverletzung eingeleitet.

In der Hauptverhandlung, aus der noch hervorgehoben sei, daß B. nach Zeugenaussage die letzte Zeit nachts öfter „schreit und tobt und



nur durch lautes Anschreien zur Ruhe gebracht werden kann", beantragen Vertreter der Anklage und Verteidiger Beobachtung.

Dieselbe ergibt: Alte Mittelohrerkrankung, über dem rechten Ohr eine Narbe, in deren Bereich der Knochen eine Impression zeigt. Klagen über zeitweise Kopfschmerzen und Sausen im Kopf, Ohrensausen besonders rechts. Schwerhörigkeit links. Zunahme der Beschwerden bei Bücken und Anstrengungen. Leicht stotternde Sprache (bereits seit der Jugend). Erheblicher Intelligenzdefekt. Schul- und Allgemeinwissen gleichmäßig beteiligt. Der Allgemeineindruck ist der eines sehr beschränkten, aber auffallend gutmütigen und offenen Menschen. Von dem nächtlichen Aufschreien weiß er nichts. Sein Vergehen gibt er ohne weiteres offen zu, er sei erregt gewesen, nachher habe es ihm leid getan. Der Feldwebel habe ihn immer als dumm gescholten und ihn dadurch in Ärger und Wut gebracht. Wenn das nicht gewesen wäre, wäre alles gut gegangen.

Das Vorliegen einer Störung im Sinne des § 51 StGB. wurde für die Zeit der Tat bejaht.

Hier haben wir einen Imbezillen, der selbständig im bürgerlichen Leben stand und zunächst alle Anstrengungen und ungünstigen Einflüsse des Kriegsdienstes bis zur Verwundung hinauf gut vertragen hat, offenbar zum großen Teil eine Folge einer besonders günstigen Charakteranlage, einem gutmütigen Schwachsinn. Dann wurde die von vornherein mangelhafte Leistungsfähigkeit seines Gehirns weiter beeinträchtigt durch die Kopfschußverletzung, die offenbar nicht symptomlos geheilt ist. Ob es sich bei seinem Verhalten dem Vorgesetzten gegenüber rein um durch eine erhöhte Reizbarkeit ausgelöste krankhafte Eigenbeziehungen gehandelt hat, bleibt dahingestellt. B. hat sich jedenfalls für kleine Unregelmäßigkeiten mehrfach dessen Tadel zugezogen und auf diesen Tadel pathologisch reagiert. Es liegt eine Affekthandlung eines Schwachsinnigen vor, die bei der ganzen Sachlage außerhalb der Breite der Gesundheit fällt. Bei der Beurteilung fällt vor allem das sonstige Verhalten und Benehmen des B. ins Gewicht, dem übereinstimmend das beste Zeugnis ausgestellt wird.

Eine weitere Gefährdung für das Verhalten der Unzulänglichen kann auch im Kriegsdienst der Alkohol bilden. Es ist nicht zu verwundern, daß daher auch Begutachtungen wegen krimineller Handlungen unter mehr oder weniger Alkoholwirkung zurzeit relativ häufig sind. Reizbare Psychopathen und sonst Minderwertige, die im Rausch, auch im pathologischen Rauschzustande Achtungsverletzungen usw. begangen, haben wir mehrfach zur Beobachtung in der Anstalt gehabt. Ich will hier nur einen Fall etwas ausführlicher anführen:

Y. Z., 1889 geboren. Vater Trinker, reizbar und aufbrausend. In der Verwandtschaft Lungenschwindsucht in mehreren Fällen. Als Kind schwächlich, mehrfach gekränkelt, in der Schule gut gelernt. Später



kaufmännische Lehre. Mehrfach Stellung gewechselt, leicht erregbar, ziemlich regelmäßig nicht geringer Alkoholgenuß. Im Oktober 1911 als Rekrut in ein Reiterregiment eingetreten. Kurz vor dem Kriegsausbruch ein harter Schanker, der zunächst mit Quecksilber behandelt worden ist. Kam im September 1914 ins Feld hinaus, mußte im November wegen sekundärer Lues zurückgeschickt werden. Nach einer Salvarsankur zum Ersatztruppenteil. Ende 1915 nochmalige Salvarsankur, dann zunächst Heimatsurlaub. Auf der Rückreise zum Truppenteil in O. erkrankt mit dem Gefühl allgemeinen Unwohlseins; 14 Tage in Lazarettbehandlung wegen Bronchitis. Am 13. Januar sollte Z. in die Garnison entlassen werden, am 12. Urlaub in die Stadt, und zwar zum ersten Male. Ging in Begleitung eines Bekannten am Nachmittag in ein Restaurant, wo er nach Zeugenaussage etwa 10 Münchner trank. Hieran schloß sich eine weitere Bierreise, die, nachdem in einer Wirtschaft Abendbrot gegessen war, schließlich in einem Café endete. Dort trank Z. noch etwa zwei Glas Bier, benahm sich anfangs ganz ruhig und geordnet, unterhielt sich auch in sachlicher Weise mit den Zeugen. Dann geriet er mit einem Matrosen, der in weiblicher Begleitung am Nebentisch saß, in Streit. Der Matrose verließ bald darauf das Lokal, Z. folgte ihm bis auf die Straße, belästigte ihn auch dort, wurde aber von zwei Zeugen wieder in das Lokal geholt und ging mit ihnen ans Büfett, wo Portwein getrunken wurde. Er begann dann, einen Zivilisten zunächst durch Gebärden zu belästigen, rief ihm endlich zu: Ich schlage Dir gleich eins in die Fresse, sprang dann plötzlich auf den Zivilisten zu und faßte ihn an die Kehle. Er wurde aber von seinem Gegner zu Boden geworfen. Der Zivilist verließ das Lokal, und dem Z. wurde nach diesem Vorfall das Lokal verboten. Er nahm darauf gegen die Wirtin eine drohende Haltung an und zeigte auch ein Dolchmesser, das man ihm abnahm. Als er nicht ging, wurde er gewaltsam aus dem Lokal entfernt und hinter ihm die Tür verschlossen. Plötzlich stürzte er, mit einem blanken Seitengewehr bewaffnet, das er einem Soldaten draußen entrissen hatte, wieder hinein und versetzte dem ersten Gast, in dessen Nähe er kam, einen Stich in den Oberarm, dann einem zweiten, der dem ersten zu Hilfe eilte, einen Stich in Arm und Hüfte. Er wurde überwältigt und fortgeführt. Nach Bekundung sämtlicher Zeugen war der Täter wohl angetrunken, aber nicht sinnlos betrunken.

Er selbst gibt einen Erinnerungsdefekt für die ganze Zeit des fraglichen Abends an, er erinnert sich nur, daß in einem Restaurant eine Schüssel herumgereicht wurde. Seine Erinnerung kehrt erst zurück, als er sich am andern Morgen auf der Wache fand und ihm seine Tat vorgehalten wurde. „Er wolle sie nicht bestreiten, er müsse glauben, was ihm vorgehalten werde.“

Nachdem ein Zeuge in der Verhandlung ausgesagt hatte, daß das Benehmen des Z. sehr auffällig gewesen sei, daß er an der Tür gestanden und bleich und zähneknirschend auf den Matrosen gewartet habe, daß er



dann nach der Rückkehr in solcher Aufregung gewesen sei, daß er nicht ruhig am Tische sitzen konnte, sondern im Lokal hin und herging, als ob er sich wieder sammeln wollte; daß man ihn draußen toben hörte, nachdem er aus dem Lokal gewiesen war, und der ärztliche Sachverständige das Vorliegen einer krankhaften Störung des Bewußtseins im Sinne des § 51 bejaht hatte, indem er ausführte, daß zu einem schweren Rausch ein starker Zornaffekt getreten sei und den Zustand zu einem sinnlosen gemacht hatte, wurde Beobachtung beschlossen

Dieselbe fand im Mai statt und ergab eine Anzahl Symptome einer gesteigerten nervösen Erregbarkeit namentlich im Affekt.

Beim Sprechen bestanden häufige feine Zuckungen in der Gesichtsmuskulatur, es bestand Zittern der Finger, das im Affekt auch auf die Beine übergriff, lebhaftes Gestikulieren mit den Händen und häufiges Reiben der Finger aneinander. Subjektiv wurden Kopfschmerzen geklagt seit den Salvarsankuren und eine Erinnerungslücke schon für die Vorgänge vor dem Betreten des Cafés angegeben. In den Angaben waren hier niemals Widersprüche nachweisbar. Ein weiterer Beweis für die Richtigkeit seiner Bekundungen hierüber konnte darin gesehen werden, daß Z. infolge einer Reihe von Umständen anfangs annahm, daß er in der Hauptverhandlung seinerzeit freigesprochen wäre und sich hier nur zur Behandlung seines nervösen Zustandes befinde.

Es wurde das Vorhandensein eines pathologischen Rauschzustandes im Gutachten für vorliegend erachtet. Z. ist in der erneuten Verhandlung freigesprochen.

Die Überlegungen, die zur Annahme eines komplizierten Rausches drängten, waren das Vorhandensein einer nervösen Disposition, einer besonderen schwächenden Ursache in den durchgemachten Salvarsankuren und dem unmittelbar vorausgegangenen Krankenlager mit einer völligen Alkoholabstinenz, der plötzliche ganz gewaltige Alkoholgenuß neben dem auffallenden Verhalten, der vorausgehende Zornaffekt, der Erinnerungsdefekt.

Die Beobachtung und Begutachtung derartiger Angeklagter, die im Rausch strafbare Handlungen begangen haben, gehört auch hier zu den wenig erfreulichen Aufgaben des psychiatrischen Sachverständigen. Der Täter kommt oft wochenlang oder monatelang nach der fraglichen Tat in seine Hände, der Zustand bietet dann oft wenig oder nichts Pathologisches. Er gibt meist einen Erinnerungsdefekt für die Zeit der strafbaren Handlung an, und das große Rätselraten beginnt. Die Zeugen, die den Grad der Trunkenheit meist rein nach den motorischen Erscheinungen, d. h. danach, ob der Täter mehr oder weniger gewackelt hat, beurteilen, geben oft mit rührender Übereinstimmung an, daß der Angeklagte wohl angetrunken, aber nicht sinnlos



betrunken war, trotzdem er oft die sinnlosesten Handlungen begangen hat. So heißt es auch in der Anklageschrift zum vorliegenden Falle: Nach Bekundung sämtlicher Zeugen war der Angeklagte wohl angetrunken, aber nicht sinnlos betrunken.

Der Erinnerungsdefekt ist eine subjektive Angabe, die oft nur nach dem Gesamteindruck, den der Täter macht, bewertet werden kann. Er ist zudem, auch wenn er objektiv nachweisbar wäre, kein eindeutiges Symptom, denn abgesehen davon, daß er auch im unkomplizierten Rausch vorkommt, kann man sich die Deutung noch erschweren durch die Überlegung, daß er ja auch retrograd, d. h. natürlich nur insofern, als er sich nicht mit dem pathologischen Teil des Rausches deckt, sein kann, retrograde Amnesien kommen bei andern Vergiftungen vor. So beginnt auch im dargelegten Falle die Erinnerungslücke bereits lange vor dem Stattfinden der strafbaren Handlung und dem Zornaffekt, der wohl auslösend wirkte, zu einer Zeit, wo Z. sich noch vollkommen geordnet unterhalten hat. Alles drängt dazu, die Rauschvergehen von einem andern Gesichtspunkte zu beurteilen, den Rausch selbst zu bestrafen, der zu Vergehen führt.

Solange die heutigen Verhältnisse bestehen, könnte man daran denken, ob es nicht möglich ist, wenigstens in einer Reihe von Fällen ein sichereres Urteil über derartige Vergehen und die Bewertung des vorhandenen Rauschzustandes für die spezielle Tat zu gewinnen dadurch, daß der Täter früher der ärztlichen Untersuchung zugeführt wird. Eine solche Maßnahme käme natürlich bei den Schwierigkeiten, die sich ihrer Durchführung entgegenstellen, in erster Linie oder vielleicht nur für die schwereren Rauschvergehen in Frage. Ob bereits einmal ein dahingehender Vorschlag gemacht ist, weiß ich nicht [1]). Für die militärischen Verhältnisse wäre er verhältnismäßig leicht auszuführen, da in den Truppenstandorten in den meisten Fällen auch ein Militärlazarett mit geregeltem ärztlichen Dienst ist. Der Täter müßte nicht, wie es bisher wohl in den allermeisten Fällen statthat — natürlich wenn er sofort gefaßt ist —, in einer Zelle der Wache bzw. des Polizeigewahrsams untergebracht werden, sondern im Kranken-

[1]) Anmerkung bei der Drucklegung: Friedenssanitätsordnung S. 83, Anm. **, schreibt vor, daß hochgradig berauschte Mannschaften, um Unglücksfälle zu verhüten, ins Lazarett gebracht und dort überwacht werden, bis Ernüchterung eingetreten ist.



hause, wohin er im Grunde genommen ja auch gehört. Zum mindesten — ich habe immer vorwiegend die schweren Vergehen im Auge — sollte eine möglichst umgehende und eingehende ärztliche Untersuchung stattfinden. Daß eine solche eine keineswegs erfreuliche Aufgabe für den Untersucher weder in bezug auf den Zustand des zu Untersuchenden selbst noch auf die Tageszeit sein wird, ist klar, ebenso daß eine Reihe von Einwänden gegen die ganze Maßnahme erhoben werden können.

Daß diesen Schwierigkeiten gegenüber die sichere Diagnose des pathologischen Rausches, namentlich wenn er zur Anwendung des § 51 geführt hat, gerade auch für die militärischen Verhältnisse einige Bedeutung hat, geht wohl daraus hervor, daß nach militärärztlicher Annahme der pathologische Rausch ebenso wie jeder andere aus dem Rahmen einer gewöhnlichen Trunkenheit fallende Rauschzustand mit vereinzelten pathologischen Symptomen eine transitorische Geistesstörung darstellen und daher unter den Begriff der überstandenen Geisteskrankheit fallen, d. h. zum mindesten in Friedenszeiten den weiteren Dienst ausschließen soll (*Jüttner*).

Die Beurteilung und Bewertung aller dieser Menschen mit einem in der mannigfachsten Beziehung nicht vollwertigen Zentralnervensystem, wie ich sie im Vorstehenden zusammenfassend als Unzulängliche bezeichnet habe, hat schon in normalen Zeiten manche Schwierigkeiten, ich erinnere nur an die Fürsorgezöglinge, unter denen wir fast alle Gruppen vertreten finden. Der Krieg hat Neues an Krankheits- und Zustandsbildern, so ist schon hervorgehoben, fast nicht geschaffen. Aber er hat ein neues Milieu geschaffen, eine große Summe von gerade für diese Menschen manchmal besonders ungünstigen Lebensbedingungen und äußeren Umständen, die außerordentliche Anforderungen an sie, vor allem an ihre Psyche stellen und in der Beurteilung vorwiegend auch von kriminellen Handlungen berücksichtigt werden müssen. Aus diesem Milieu und seinem Einwirken auf diese Unzulänglichen habe ich im Vorstehenden einige Beispiele rein kasuistisch mitzuteilen versucht, wie sie die Beobachtung in Anstalt und Lazarett bot. Eingehende Literaturangaben entsprachen nicht dem Rahmen der Ausführungen, sie finden sich im Referat von *Birnbaum* in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie eingehend zusammengestellt.



Erfahrungen aus dem Kriege über die Ätiologie psychopathologischer Zustände mit besonderer Berücksichtigung der Erschöpfung und Emotion[1]).

Von

K. Bonhoeffer-Berlin.

Wenn ich, wohl unwidersprochen, an die Spitze meines Referates stelle, daß der Krieg uns keine Erkrankungsform gebracht hat, die wir nicht auch unter Friedensverhältnissen gesehen haben, und damit zugleich auch die Diskussion über die Kriegspsychose als erledigt betrachten darf, so besagt das gewiß nicht, daß der Krieg uns nicht in vieler Beziehung Neues gebracht hat und uns zahlreiche Fragen der Psychopathologie noch klären helfen soll. Der Krieg bedeutet für die Psychiatrie ein ins Riesenhafte gehendes Experiment in der Frage der Bedeutung der exogenen Schädigungen für die Entwicklung psychischer Störungen. Die Vorbedingungen, unter denen unsere Wissenschaft an dieses Experiment herantritt, sind heute günstiger, als sie es zur Zeit des Deutsch-Französischen Krieges gewesen sind. Es ist wohl keine Selbsttäuschung, wenn wir sagen, daß wir heute eine schärfere Symptomatologie der Geisteskrankheiten haben und ihrer natürlichen Einteilung nähergekommen sind. Es besteht doch über die praktisch wichtigsten Krankheitsformen eine wenigstens so weit gehende Übereinstimmung, daß bei einer späteren Bearbeitung des Gesamtmaterials brauchbare Ergebnisse auch für die Kenntnis der Einzelerkrankungen erwartet werden dürfen. Einen Erkenntniszuwachs dürfen wir durch den Krieg überall dort erwarten, wo er uns im großen entgegenbringt, was wir im Frieden nur aus Einzelbeobachtungen kennen. Durch die ins Große ziehende Wirkung wird er es ermöglichen, das

[1]) Referat erstattet auf der Kriegstagung des Deutschen Vereins für Psych. zu München am 21. Sept. 1916.



allgemein Gesetzmäßige aus den individuellen Reaktionen deutlicher herauszuheben.

Von solchen im großen in Erscheinung tretenden Schädigungen interessiert uns psychiatrisch vor allem die Erschöpfung und die Emotion, und es ist die Aufgabe meines Referats, zu zeigen, was der Krieg zur psychopathogenetischen Bedeutung dieser beiden ätiologischen Faktoren uns gelehrt hat.

Wenn ich sie getrennt bespreche, so bin ich mir dabei im klaren, daß sie in der Wirklichkeit des Krieges vielfach zusammen wirksam sind, und daß es sich überhaupt nicht um voneinander stets scharf scheidbare Vorgänge handelt. Die Emotion zwar kann isoliert in Wirkung treten, aber der Erschöpfungsbegriff enthält stets einen emotionellen Faktor, denn von den Einflüssen der Überanstrengung, Unterernährung und Schlafentziehung lassen sich die mit ihnen verbundenen emotionellen Vorgänge, die oft recht erheblich sein können, nicht trennen, und die Häufung emotioneller Schädigungen führt zu einem Zustande, der wahrscheinlich der körperlichen Erschöpfung gleichkommt, jedenfalls das Moment der Erschöpfung mit enthält. Die Tatsache, daß Erschöpfung vorwiegend durch körperliche Leistungen hervorgerufen wird, während die emotionellen Schädigungen auf psychischem Wege vermittelt werden, macht aber die Trennung für die klinische Untersuchung wohl möglich.

Zunächst die Erschöpfung.

Unser Interesse geht hier, wie übrigens auch bei der Emotion, nach zwei Richtungen. Die erste Frage ist, wie drückt sich die Erschöpfung psychisch und nervös aus, gibt es ein unmittelbar als Erschöpfungssyndrom aufzufassendes psychisches oder nervöses Krankheitsbild, macht die Erschöpfung Psychosen oder Neurosen sui generis?

Die zweite Frage ist, welche Bedeutung dem Erschöpfungskomplex nach den Kriegserfahrungen für Auslösung und Verlauf von psychischen Erkrankungen anderer Ätiologie zukommt. Daß der Krieg gerade für die Frage der Erschöpfungsätiologie entscheidendes Material bringen mußte, liegt eigentlich auf der Hand. Was in der Friedenszeit aus den komplizierten ätiologischen Verhältnissen konsumierender Erkrankungen erschlossen werden muß, kann der Krieg an jugendlichen und im wesentlichen gesunden Individuen lehren.

Eingehendere Spezialuntersuchungen über die körperlichen Grundlagen schwerer Erschöpfung hat der Krieg an größerem Ma-



terial bis jetzt nicht gebracht. Es liegt dies wohl daran, daß es bei unseren Truppen dank der Kriegslage zu schweren, ganze Truppenverbände umfassenden Erschöpfungszuständen nicht gekommen ist. Ich bin aber durch das Entgegenkommen der Medizinalverwaltung des preußischen Kriegsministeriums in der Lage, über ein große Zahlen umfassendes Material schwerster Erschöpfungszustände berichten zu können. Es sind das die serbischen Kriegsgefangenen. Diese befanden sich, wie sich aus den Mitteilungen der Ärzte der vier größten Serbenlager einheitlich ergibt, bei der Gefangennahme infolge körperlicher Überanstrengung und Unterernährung in schwerster Erschöpfung. Die Schilderung des körperlichen Verhaltens ist recht einheitlich: schwerste Abmagerung, und zwar nicht nur Fettschwund, sondern auch diffuse Atrophie der Muskulatur, Herzschwäche und -dilatation mit Ödemen der unteren Extremitäten, in der ersten Zeit auch bedrohlich aussehende Fälle von Herzschwäche mit Lungenödem und Bewußtlosigkeit, die eine auffallend schnelle Besserung zeigten. Der Puls war selten beschleunigt, häufiger verlangsamt und die Herztätigkeit matt. Ein allgemeines Schwächegefühl war vielfach so groß, daß eine große Zahl der Leute 2—3 Monate ununterbrochen bettlägerig waren. Die Morbidität und Mortalität war zu Anfang sehr erheblich. Es genügte ein leichter Infekt, um den Exitus herbeizuführen. Die Todesursache war meist Herzinsuffizienz, Pneumonie und Tuberkulose. Betont werden einheitlich die großen Unterschiede in der Schnelligkeit der Erholung bei den älteren Gefangenen gegenüber den jüngeren. Langsam ging die Erholung bemerkenswerterweise aber auch vielfach bei den jüngeren Individuen. Die Gewichtszunahme betrug trotz der schweren Abhungerung, in der sie eingeliefert wurden, und trotz der Ernährung mit doppelter Ration nach 1 Monat im Durchschnitt nur 2 Pfund. Ein Teil hat sich gut erholt. Von den älteren und auch vielfach bei den jüngeren wird betont, daß sie noch 7—8 Monate nach der Einlieferung starke Abmagerung zeigen. Von einem Lager wird berichtet, daß die Zahl der noch jetzt „chronisch Ödemkranken" über 100 betrage, und daß einige schon monatelang im Bett liegen, ohne eine wesentliche Besserung zu zeigen. Betont wird weiterhin von körperlichen Auffälligkeiten die Neigung zu phlegmonösen Entzündungen und die abnorm lange Heilungsdauer dieser Affektionen und die starke Neigung zu Tuberkuloseentwicklung.

Eingehendere Untersuchungen über Organveränderungen im einzelnen liegen bis jetzt aus diesen Lagern nicht vor, ebensowenig ist mir Genaueres über Obduktionsbefunde, wo besonders auch das Verhalten der endokrinen Organe interessiert hätte, bekannt geworden. Auf die Befunde in psychisch-nervöser Hinsicht komme ich später zu sprechen.

Über die körperlichen Grundlagen leichterer Erschöpfungszustände hat *Brugsch* eine klinische Studie gebracht. Sie ist bemerkenswert, weil der Versuch gemacht wird, den Erschöpfungsbegriff seines unklaren allgemeinen Charakters zu entkleiden und ihn auf bestimmte Organschädigungen zurückzuführen. Beeinträchtigt wird der Wert der Untersuchung durch eine zum mindesten nicht unanfechtbare Ausdehnung des Erschöpfungsbegriffs. *Brugsch* stellt als akute Erschöpfungszustände die unter dem Einflusse starker akustischer Reize, z. B. platzender Granaten, entwickelten Schreckemotionsstörungen als gleichartig neben die auf dem Boden der Überanstrengung und Unterernährung entwickelten, wogegen sich klinisch manches einwenden läßt. Als wesentlich entnehme ich *Brugsch* die Feststellung, daß zum Wesen der Erschöpfung auf körperlichem Gebiete Herabsetzung des Blutdruckes und Dilatation des Herzens gehören, ein Befund, der durch die Beobachtungen an den Serben bestätigt wird. Nicht ganz damit im Einklang zu stehen scheint eine Bemerkung *Krehls*, der wirkliche Erweiterung des Herzens lediglich als Folge von Überanstrengung nicht gesehen hat.

Wichtig sind die Hinweise *Brugschs* auf die Störungen der endokrinen Drüsentätigkeit bei der Erschöpfung. Entsprechend dem Ergebnis bei den Tieren in der Tretbahn, bei denen sich der Adrenalingehalt des Blutes erschöpft und die Nebennieren sich schwer verändert zeigen, nimmt er auch bei der Erschöpfung des Menschen ähnliche Veränderungen an. Doch fehlt vorläufig, wenigstens bezüglich der Nebennieren, der Nachweis. Seine Angabe über die relative Häufigkeit leichter, mitunter auch ausgesprochener thyreotoxischer Erscheinungen bei Erschöpften entspricht auch meiner und, soweit ich die Literatur übersehe, auch der Erfahrung mancher anderer. Insbesondere weist auch *Krehl* auf Störungen der endokrinen Drüsen hin, die sich unter anderem in eigenartigen Abmagerungen äußern sollen. Vielleicht liegt dem eigentümlichen Verhalten der Erholung bei den



Serben, die sich in vielen Fällen so ganz anders verhält, als die Rekonvaleszenz nach akuter Infektion, ähnliches zugrunde.

Die Kriegsliteratur über die Symptomatologie der nervösen Erschöpfungserscheinungen zeigt, daß eine scharfe Trennung von Übermüdung und Erschöpfung kaum durchzuführen ist. Wohl lediglich die Schnelligkeit des Ausgleiches gibt nach der einen oder andern Richtung die Entscheidung.

Von objektiven nervösen beziehungsweise muskulären Erschöpfungssymptomen ist die Beobachtung *Mayerhofer*s zu erwähnen, der die uns bisher schon bei konsumierenden Erkrankungen bekannte Steigerung der mechanischen Muskelerregbarkeit, die sich in der Bildung eines lokalen Wulstes beim Perkussionsschlag auf den Muskel ausspricht, bei 80 bis 90% der aus dem Felde kommenden Soldaten antraf und nach 2 bis 3 Wochen schwinden sah. Von dem Vorhandensein der Erscheinung habe ich mich bei frisch eingelieferten kriegsgefangenen Franzosen überzeugen können.

Vasomotorische Störungen werden berichtet, meist allerdings mit starken emotionellen Schädigungen zusammen. Bei den Serben scheinen sie, abgesehen von Schweißen, die beobachtet, aber der Tuberkulose wegen nicht eindeutig waren, keine wesentliche Rolle gespielt zu haben. Inwieweit das Auftreten leichter neuritischer Erscheinungen in Gestalt von Parästhesien, Überempfindlichkeit, Einschlafen der Glieder, gelegentlich auch, nach den Beobachtungen *Mann*s, Gefühlsabstumpfungen im Bereiche bestimmter Nervengebiete als Erschöpfungssymptome oder als Komplikation mit infektiösen bzw. rheumatischen Störungen zu betrachten hat, ist nicht sicher. Daß sie schwere Erschöpfungszustände häufig begleiten, ist wohl kein Zweifel.

Auf das Ausbleiben der matutinen Erektion und der Libido bei Erschöpften hat *Loewy* hingewiesen. Wir kommen damit auf die psychisch-nervösen Symptome.

Über psychische Erschöpfungssymptome im einzelnen enthalten die Kriegsmitteilungen wenig Neues. *Wollenberg* berichtet von einem Kollegen, der ebenso wie verschiedene Offiziere desselben Bataillons nach sehr ermüdenden Märschen die Vision weißer Häuserreihen am Straßenrande hatte, und von einem andern Offizier, der Kavallerie und ein Luftschiff in eigentümlich fließender Bewegung sah.

Es handelt sich hier um ausgesprochene Ermüdungshalluzinationen, die in eine Linie zu stellen sind mit den Sinnestäuschungen, die man nach stundenlanger konzentrierter optischer Aufmerksamkeitseinstellung auf bestimmte Dinge, z. B. beim Mikroskopieren, beim Pilzesuchen im Walde oder Bernsteinsammeln am Strande abends hypnagog an sich beobachten kann. Es treten dann die Gegenstände der optischen Aufmerksamkeit halluzinatorisch häufig in einer eigentümlich vorquellenden Bewegung befindlich auf. Auf akustischem Gebiet hat *Weygandt* den optischen hypnagogen Sinnestäuschungen entsprechendes bei Ermüdeten beobachtet, und *Rittershaus* berichtet von einem Offizier, der nach starken Anstrengungen und 62stündiger Telephonbedienung im feindlichen Feuer nachträglich bei Tag und Nacht das summende Weckzeichen und den Anruf „Herr Rittmeister" hörte. Bei all diesen Sinnestäuschungen ging der Charakter der subjektiven Täuschung den Betroffenen nicht verloren.

Wir kommen nun zu dem psychischen Habitus der Erschöpften nach der Einlieferung. Auch hier fehlen eingehendere psychische Untersuchungen etwa im Sinne der früheren Versuche von *Aschaffenburg* und *Weygandt*. Wer das Bild des tagelang dauernden exzessiven Schlafbedürfnisses, die auch am Tage in tiefen Schlaf versunkenen Krankensäle, in denen die eben aus erschöpfenden Feldzugserlebnissen in die Lazarette verbrachten Soldaten liegen, gesehen hat, versteht, daß das Interesse wissenschaftlicher Einzelforschung hinter der selbstverständlichen Forderung des Ruhebedürfnisses zurückgestellt worden ist.

Über das grobe psychische Bild, das diese akut Erschöpften und Übermüdeten darbieten, besteht eine bemerkenswerte Einheitlichkeit. Zunächst die Beobachtung eines außerordentlich tiefen und lange dauernden Schlafes. Liegen gleichzeitig stärkere Blutverluste vor, so kann für einige Tage ein Bild tiefer Somnolenz sich ergeben, das zu Anfang des Feldzuges öfters zur Annahme einer Komplikation mit organischer Hirnstörung führte und die Prognose fälschlicherweise ungünstig stellen ließ. In den wachen Zeiten ausgesprochen mürrisch-depressive Stimmung, Denkunlust und geringe Mitteilsamkeit. Die Nahrungsaufnahme ist meist von Anfang an gut. Ich habe in keinem Falle die erregte, leicht gehobene Stimmung gesehen, die man bei toxisch infektiösen Prozessen in der sogenannten Erschöpfungsphase



und auch nach großen Marschleistungen gelegentlich beobachtet, dagegen beschreibt *Wittermann* eine der Situation nicht angepaßte Euphorie mit Ideenflucht bei Soldaten nach großen Strapazen. Er meint allerdings, daß das Auslösende dabei die Granatwirkung sei.

Die große Mehrzahl der Leute ist nach wenigen Tagen wieder völlig in Ordnung und hat keine Klagen mehr. Es bleibt aber ein Teil, der länger zur Erholung braucht. Es wird über schlechten, unruhigen, traumerfüllten Schlaf, starke Schweißbildung, eingenommenen Kopf, Konzentrationsunfähigkeit geklagt. Es besteht Überempfindlichkeit gegen Geräusche, mitunter auch gegen Licht, Reizbarkeit, Parästhesien, nicht selten auch emotionelle Schwäche, die vor allem beim Auftreten von Reminiszenzen an die letzten Erlebnisse oder bei der Notwendigkeit chirurgischer Maßnahmen in Erscheinung tritt.

Unter dieser Gruppe findet man einzelne, die vorher nie an nervösen Störungen gelitten haben, häufiger vorher schon psychopathisch veranlagte. Bei den Individuen, bei denen sich die hypochondrische Depression und willensschwache psychische Einstellung nicht unter Gewichtszunahme verlor, sondern trotz dieser unverändert blieb, hat es sich nach meiner Erfahrung ausnahmlos um Psychopathen gehandelt.

Von großer Wichtigkeit ist die Frage: Macht die Erschöpfung, abgesehen von diesem akuten Bilde der Schlafsucht, einer nervösen Verstimmung und dem Gefolge eines leichten emotionellen hyperästhetischen Schwächezustandes, eigentliche Psychosen, gibt es Erschöpfungspsychosen? In meiner Bearbeitung der toxisch infektiösen und symptomatischen Psychosen habe ich vor einigen Jahren noch betont, daß bisherige Erfahrungen keinen Beweis dafür geben, daß die akuten erschöpfenden Einflüsse der Überanstrengung, Unterernährung und Schlafentziehung bei Gesunden Psychosen, insbesondere die Psychose, die man bisher als Erschöpfungspsychose κατ' ἐξοχήν bezeichnete, die Amentia hervorrufen. Der Krieg hat uns dies Material nun gebracht. Ich wies aber auch darauf hin, daß wir über größere Erfahrungen an einem Material von erschöpften Gesunden nicht verfügen. Ich darf davon absehen, die Veröffentlichungen im einzelnen zu erörtern, für welche eine Erschöpfungspsychose jede Psychose ist, wenn erschöpfende Einflüsse in der Anamnese vorhanden waren, auch wenn aus der Schilderung des Bildes bekannte Typen der Schizophrenie oder, wie es häufig der Fall

ist, episodische Reaktionen von Psychopathen klar liegen, denen im besten Falle nervöse Erschöpfungssymptome beigemengt waren, wie in den Fällen, die der neurasthenischen Depression *Awtokratows* nahestanden. *Wollenberg* und ich selbst haben solche Fälle erwähnt. *Weygandt* spricht von Fällen psychischer Erschöpfung, die mit Unruhe, Erregung, deliriöser und halluzinatorischer Verwirrtheit und traumartigen Zügen einhergingen, und solchen, die mit Hemmung, Stupor, Apathie und auch lebhafter Angst einhergingen. Er betont die Seltenheit der Fälle und erwägt die Frage der psychopathischen Anlage.

Steiner beobachtete ohne inneres Leiden im Anschluß an schwere körperliche Hinfälligkeit erschwerte Orientierung, äußerste Mühseligkeit aller Bewegung und verlangsamte Auffassung, leise Sprache und schnelle Erholung bei Bettruhe, ein bemerkenswertes und sonst nicht beobachtetes Bild vielleicht endokriner Genese, das mich an psychische Störungen bei Addison erinnert.

Bei der Sichtung der Literatur ist bemerkenswert das Fehlen der Amentia, die Verschiedenartigkeit der Bilder und das Vorherrschen der Reaktionen auf dem Boden psychopathischer Konstitution. Von erheblicher Bedeutung scheinen mir die Beobachtungen an den erschöpften Serben. Es war mir leider nicht möglich, dort eigene Untersuchungen anzustellen, da zu der Zeit, als ich von dem schwer erschöpften Zustande der Serben hörte, schon einige Monate seit ihrer Einlieferung vergangen und die wichtigste Beobachtungszeit vorüber war und die Gefangenen zum großen Teil verteilt waren. Was sich aus den Berichten der Lagerärzte nachträglich erheben ließ, war bemerkenswert negativ. In dem einen Lager, in dem 4500 serbische Kriegsgefangene waren, bei denen schwerste körperliche Erschöpfungserscheinungen vermerkt sind, wird das Vorliegen psychischer Störungen überhaupt verneint. In einem andern von 3000 Gefangenen sind ein Fall von Demenz und drei vorübergehende Erregungszustände notiert. In einem weiteren von 1800 kein Fall von Psychose, in einem vierten endlich, wo mir die absolute Zahl der vorhandenen Gefangenen nicht bekannt geworden ist, jedenfalls aber auch über 1000 beträgt, sind zwei Fälle psychischer Störung beobachtet worden. Also bei mehr als 10 000 Gefangenen mit schwersten Erschöpfungserscheinungen sind nur 5 Psychosen erwähnt. Da spezialistische Untersuchungen gefehlt haben, wird man die sich ergebenden absoluten Zahlen nicht



als exakt ansehen, insbesondere dürften leichtere nervöse Störungen bei der im Vordergrunde stehenden schweren körperlichen Prostration vielleicht übersehen worden sein, aber man darf wohl sicher sagen, daß ein irgendwie stärkeres Hervortreten psychischer Störungen sich der Beobachtung nicht entzogen hätte, um so mehr, als von einem Lagerarzt ausdrücklich berichtet wird, daß das Fehlen „spezifisch nervöser Erscheinungen" den Ärzten bald aufgefallen sei. Das Ergebnis kann darnach, wie ich glaube, nicht anders als im Sinne einer Bestätigung der Auffassung lauten, daß die Erschöpfung als solche keine Psychosen hervorruft.

Wir kommen nun zur zweiten Frage: Welche pathogenetische Bedeutung hat nach den Kriegserfahrungen der Erschöpfungskomplex für die Entwicklung psychischer und nervöser Erkrankungen anderer Ätiologie?

Die Empfänglichkeit gegen Infektionen wird bei Tieren durch Aushungerung oder durch motorische Erschöpfung gesteigert. Daß ähnliches beim Menschen zutrifft, gilt fast als ärztliches Axiom. Die Erfahrungen in den Serbenlagern betonen die außerordentliche Anfälligkeit gegen Infektionen, die geringe Widerstandskraft des Organismus. Besonders die Tuberkulose scheint nach den Berichten, entsprechend bekannten Erfahrungen, besonders günstigen Boden zu finden. Es handelt sich vielfach nicht um Neuinfektionen, sondern um Aufleben alter, zur Ruhe gekommener Prozesse.

Für uns ist die Beziehung zwischen Erschöpfung und Infektionskrankheit vor allem in der Luesfrage von Wichtigkeit. Von zahlreichen Seiten wird darauf hingewiesen, daß negativer Wassermann unter Erschöpfungseinflüssen positiv wird. Es ist aber auch noch besonders betont worden, daß im überanstrengten Organismus sich die Lues mit besonderer Vorliebe im Nervensystem festsetze und hier vor allem zu Frühschädigungen des Nervensystems führe. Ich entnehme diese Beobachtung den Berichten der fachärztlichen Berater einzelner Korpsbezirke. *Sterz* und *Weygandt* haben sich in diesem Sinne ausgesprochen. Auch *Steiner*, bei dem die Nervensyphilitiker 4,4% seines ganzen Nervenmaterials ausmachen, weist darauf hin, daß Erschöpfungseinflüssen eine wesentliche Bedeutung für die Lokalisation der Lues am Nervensystem zukomme. Es handelt sich bei den in dieser Frage

bisher bekannt gewordenen Mitteilungen nirgends um eine systematische Zusammenstellung größerer Reihen, sondern im wesentlichen um Eindrücke. Es wäre bei der Wichtigkeit der Frage wünschenswert, daß in dieser Richtung noch weiteres Material gesammelt würde, vor allem von Fällen, die vor dem Kriege nachweislich nach Wassermann negativ waren. Mein eigenes, etwa 50 Fälle umfassendes Nervenluesmaterial (ausschließlich der progressiven Paralyse) ergibt einen verhältnismäßig hohen Satz von etwa 30% der Fälle, in denen der Einfluß chronischer Kriegsstrapazen auf die Lues wahrscheinlich ist. Dagegen gibt es keinen Anhaltpunkt dafür, daß gerade die frische Lues bei Erschöpfung eine besondere Neigung zur zerebrospinalen Lokalisation zeigt. Im Gegenteil ist der Prozentsatz der kurz vorangegangenen Infektionen geringer, als der Friedensstatistik entspricht. Es ergab sich nach meinem Material vielmehr, daß sogar besonders lange Inkubationszeiten von 18 bis 25 Jahren vorlagen, daß also gerade alte, anscheinend längst abgeschlossene Prozesse wieder angeregt wurden, ein Verhalten, das dem der Tuberkulose entspricht. Bemerkenswert an meinem Material ist vielleicht noch, daß unter den Fällen, in denen Epilepsie zum ersten Male im Feldzug auftrat, mehrfach Lues eine Rolle spielte.

Ein besonderes Kapitel ist dann noch die progressive Paralyse. Auch hier wird erschöpfenden Kriegseinflüssen eine besondere Bedeutung beigelegt. Während des russisch-japanischen Krieges hat schon *Stieda* behauptet, daß die progressive Paralyse eine Verkürzung der Inkubationszeit erfahren habe. Neuerdings hat *Rittershaus* über ausgesprochene Frühformen im Felde berichtet. Ähnlich — ersehe ich aus einem Korpsarztbericht — ist die Ansicht *Knoblauchs*, der auch früheren Ausbruch der Erkrankung in einer Reihe von Fällen beobachtet hat.

Bei der Wichtigkeit der Frage wird es sich sehr empfehlen, genauere Nachuntersuchungen bezüglich der Inkubationszeit zu machen. Da die Nachforschungen bezüglich ihrer bei der Paralyse häufig versagen, ist die Feststellung des Lebensalters von Wichtigkeit. Ich habe vor einiger Zeit mein Kriegsparalysematerial von diesem Gesichtspunkte zusammengestellt: 34 Fälle. Es hat sich weder nach Lebensalter noch nach den Inkubationszeiten, soweit diese zu ermitteln waren, eine Abweichung vom Friedenstypus ergeben. Bemerkenswerterweise



überwiegt auch hier die demente Form. Singer teilt mir über seine Erfahrungen aus einem Nervenlazarett mit, daß er unter den ihm zur Untersuchung zugegangenen Fällen nur 0,72% sichere Paralytiker gehabt hat, die hinsichtlich der Inkubation und der Altersverhältnisse nichts Besonderes boten. Ganz übereinstimmend ist der Bericht, den ich von *Haenisch* aus einem andern Nervenlazarett mit 36 Paralytikern habe. Das Durchschnittsalter der Paralytiker beträgt bei meinem und *Haenischs* Material zusammen etwa 38 Jahre, entspricht also den Durchschnitterfahrungen. Es scheint mir darnach, daß der Krieg bis jetzt keine ausreichenden Anhaltpunkte dafür ergeben hat, daß Erschöpfungseinflüsse das Hirn des Luikers frühzeitiger für Paralyse empfänglich machen.

Die Bedeutung der Erschöpfung für die Entwicklung endogener und anderer psychischer Erkrankungen ist offenbar nicht erheblich, wenn man den Psychosezahlen in den Serbenlagern folgen darf. Es wird hierauf wie auf das Verhältnis der Erschöpfung zu psychopathischen Reaktionen aus praktischen Gründen zweckmäßiger zusammen mit der Emotionspathogenese einzugehen sein, zu der wir jetzt kommen.

Ich habe schon darauf hingewiesen, daß Hunger, Strapazen und Kampf mit Übermüdungsgefühlen an sich stark gefühlsbetont sind, und daß insofern die Erschöpfung ein emotionelles Moment stets mitenthält. Demgegenüber sehen wir emotionelle Schädigungen isoliert wirksam. In Betracht kommt zunächst die plötzliche seelische Erschütterung, wie sie bei unvermittelt auftretender Todesgefahr und plötzlichen heftigsten Sinneseindrücken auftritt, der Symptomkomplex der Schreckemotion. — Darüber, daß die Schreckemotion eine plötzliche, mehr oder weniger starke Alteration des Vasomotoriums setzt, bestehen wohl keine Meinungsverschiedenheiten. Die Schädigung kann bis zur Ohnmacht führen. Dafür, daß sie beim Gesunden bis zum Tode führt, liegen meines Wissens sichere Beobachtungen aus dem Kriege nicht vor. Über unmittelbare psychische Folgeerscheinungen des Schrecks hat der Krieg nicht so viel eindeutiges Material gebracht, als man wohl denken sollte. Zum Teil ist daran schuld die Häufigkeit der Komplikation mit Kommotionserscheinungen, psychogenen Faktoren und andern ätiologischen Dingen, andrerseits fehlt im Felde gerade bei den in Betracht kommenden

Situationen die Ruhe zur Beobachtung und Selbstbeobachtung. Vielleicht hören wir heute in der Diskussion von den Kollegen aus dem Felde noch Neues. Immerhin hat sich das Bild der Emotionslähmung, wie sie zuerst *Bälz* an sich selbst als Erdbebenwirkung geschildert und später *Stierlin* erwähnt hat, als psychischer Typus der plötzlichen Schreckwirkung bestätigt. Die Erscheinung einer unter dem Einfluß des erschütternden Erlebnisses plötzlich einsetzenden völligen affektiven Indifferenz bei lebhaft weiter funktionierendem intellektuellen Mechanismus ist mir spontan von Offizieren geschildert worden. *Stransky* bezeichnet nach eigenem Erleben den Zustand als den einer philosophischen Gleichmütigkeit. Ein Offizier erzählte mir, daß er etwa 3 Stunden lang nach einem plötzlichen Schreck durch unerwartete Granatexplosion in dieser eigentümlich gefühlsleeren Verfassung gewesen sei. *Birnbaum* berichtet ähnliches nach einer Zeitungsnotiz über einen Flieger. *Gaupp* spricht von apathischem Stupor und dem Erloschensein jeder bewußten Gefühlsreaktion und bezieht sich dabei auf die entsprechenden Beobachtungen von *Bälz* und *Stierlin*.

Soweit sich die Kriegsliteratur mit dieser Erscheinung beschäftigt, neigt sie dazu, im Anschluß an *Stierlin* und neuerdings *Hoche*, darin etwas Teleologisches, eine Art psychischer Selbstsicherung gegen zu starke psychische Eindrücke zu erblicken. Die Vorstellung eines derartigen Affektventils mag gerechtfertigt sein. Es liegt aber vielleicht auch — und das interessiert mich in unserem Zusammenhang mehr — ein pathogenetisch bedeutsames Moment in dieser Loslösbarkeit des Affektes vom Vorstellungsinhalt. Abgesehen von dem bemerkenswerten Hinweis auf die Selbständigkeit des Affektiven, gibt die Tatsache, daß unter dem Einflusse schwerster Emotion eine solche Abspaltung des Affektes erfolgt, der Vorstellung eine tatsächliche Unterlage, daß das Auftreten der psychoneurotischen Störungen vielleicht mit pathologischen Affektverankerungen zusammenhängt, die dieser sejunktiven Störung entstammen. *Bälz* erzählt von sich und seinem Kollegen, der einen ähnlichen Zustand erlebte, daß sie eine Stunde nach dem Emotionsstupor schon wieder ärztlich tätig waren und Verbände anlegten, und daß er nichts von Nachwirkungen spürte. Der Offizier, der mir von dem dreistündigen derartigen Zustande berichtete, verfiel nachher in einen Zustand abnormer Weichmütigkeit mit Weinneigung, Depression und starker Sehnsucht nach Hause.



Nach 3 Tagen war er wieder in Ordnung. Auch *Stransky* berichtet von einer dem Zustande folgenden nervösen Reaktion auf das Erlebte, ohne sie genauer zu schildern. Auch sonst ist mir ein solches zeitliches Verhältnis bekannt geworden. In diesem zeitlichen Intervall zwischen Schreckstupor und der darauf folgenden nervösen Abreaktion, die in den normal verlaufenden Fällen das affektive Gleichgewicht wieder herstellt, liegt offenbar eine Gesetzmäßigkeit, der in unserer Kriegsliteratur, soweit ich sehe, nicht genauer nachgegangen ist. Aus einer Bemerkung *Solliers* entnehme ich, daß in der französischen Kriegsliteratur die intermediäre Phase zwischen Emotion mit „tremblement und tachycardie" und den folgenden nervösen Störungen diskutiert wird. Sie wird dort als „période de méditation" bezeichnet. Ich glaube, daß diese intermediäre Zeit genetisch für die Pathologie der Granatemotionsneurosen von Bedeutung ist. Es scheint mir plausibel, daß während dieser Zeit der bestehenden Affektabspaltung bei ungünstiger psychischer Konstellation — hierzu rechne ich Erschöpfung, Fortdauer emotioneller Schädigungen und vor allem psychopathische Konstitution — pathologische Affektverankerungen stattfinden können, die sich zunächst vor allem an die physiologischen Schreckerscheinungen anknüpfen und sich in einer zeitlichen Verlängerung dieser Erscheinungen äußern können. In dieser Phase handelt es sich noch um ganz labile Störungen, wie sich daraus ergibt, daß sie unter dem Einflusse schnell einsetzender starker, vom Körperlichen ablenkender Vorstellungen — ich denke bei *Bälz* und seinem Kollegen an die Dringlichkeit ärztlichen Eingreifens nach dem schweren Erdbeben und im Kriege an die Gefangennahme in dieser Phase — anscheinend ganz schnell zum Schwinden zu bringen sind. Ob man in dieser Phase schon von Hysterie sprechen will, ist Definitionsfrage. Es ist aber kein Zweifel, daß diese Bewußtseinsphase eine eminent hysterophile ist, wenn man das so nennen will, es mag schon der Wunsch nach Ruhe, das Bedürfnis, sich dem bestehenden Schwächegefühl hinzugeben, sich der augenblicklichen Situation zu entziehen, genügen, die Symptome zu einer vorläufigen Fixierung zu bringen.

Das Bewußtsein während dieser Zustände von Emotionslähmung im Sinne von *Bälz* ist übrigens wahrscheinlich doch nicht so ganz intakt, wie *Bälz* meint. Aus seiner eigenen Schilderung ergibt sich



eine Störung des Wahrnehmungsaktes. Während er ganz affektlos sich innerlich die Erdbebenwirkung in den Einzelheiten vergegenwärtigt, wird er sich zunächst nicht bewußt, daß er von seinem Kutscher am Arm gezerrt wird. Auch die Angabe, die man von Soldaten, die in dieser Gemütsverfassung im Kampfe stehen und sich offenbar äußerlich sachgemäß verhalten, bekommt, daß sie wenig von allem im Gedächtnis behalten hätten, spricht für ein Verhalten des Bewußtseins, das sich der Bewußtseinsverfassung des Dämmerzustandes nähert. Vielleicht hängt es mit dieser Bewußtseinslage zusammen, daß im Gefolge von Emotionsschock epileptoide Erregungen, raptusartige Handlungen und poriomanische Anfälle nicht so ganz selten berichtet werden. Was sonst von psychopathologischen Folgeerscheinungen einmaliger und fortgesetzter Schreckemotionen berichtet wird, sind vor allem Delirien mit Darstellung von Gefechtsbildern von psychogenem Typus, depressive Zustände mit zwangmäßig sich aufdrängenden schreckhaften Reminiszenzen. *Gaupp* schildert einen akuten apathischen Stupor mit viel psychogenen Einschlägen, der mit völliger Amnesie abklingt. Häufig handelt es sich bei den geschilderten Krankheitsbildern neben der emotionellen Pathogenese um Verbindung mit Erschöpfung und oft auch mit echter Hirnkontusion, vor allem aber auch um Kombination mit endogen konstitutionellen Momenten und psychogenen Faktoren.

Die Kriegserfahrung lehrt uns, daß es eine eigentliche Schreckpsychose, abgesehen von dem *Bälz*schen Emotionsstupor, offenbar nicht gibt.

Wir haben im Kriege noch eine zweite Kategorie emotioneller Wirkungen erlebt, die wohl am stärksten in der Mobilmachungszeit in Erscheinung trat. Es hat sich da um ein eigenartiges Gemisch erhebender und bedrückender Affekte gehandelt, wie sie durch die Vorstellung der kriegsbedrohten Heimat, durch das nach Aktivität drängende Gefühl des gekränkten Nationalbewußtseins und durch die Erwartung der schweren Störungen des persönlichen und wirtschaftlichen Lebens hervorgerufen wurden. Daß die massenpsychologische Wirkung dieser Affekte nicht ohne pathologische Einschläge war, ist uns allen erinnerlich. *Wernicke* würde, wenn er es erlebt hätte, seine Freude an dem Riesenexperiment zur Kenntnis des Einflusses der überwertigen Idee auf den Ablauf des Wahrnehmungsvorganges und Vorstellungsablaufes

gehabt haben. Es liegt die Frage nahe, ob jene durch das Volk gehende starke Affektwelle im einzelnen pathogenetische Wirkungen gehabt hat.

Tatsächlich enthält auch die Literatur eine Anzahl von Mitteilungen über Mobilmachungspsychosen, und eine Reihe von Beobachtern haben in den ersten Tagen des Krieges eine Steigerung der Aufnahmezahlen gesehen. *Bresler* hat durch eine Umfrage gezeigt, daß es keineswegs erlaubt ist, diese Erfahrungen zu generalisieren. Unser Berliner Material zeigt sogar umgekehrt, daß vom 1. bis 15. August 1914 die Männeraufnahmen auf die Hälfte, die der Frauen auf den 5. Teil im Vergleich zu den Vorjahren zurückgegangen waren. Es sind wohl vor allem die Gegenden, in denen der Landsturm sofort aufgerufen wurde, und Orte, wo größere Mengen dieser Landsturmleute zusammenflossen, in denen eine Steigerung sich fand. Was beschrieben ist, sind vor allem pathologische Reaktionen von Psychopathen. Auffällig war bei uns in jener Zeit eine Zunahme der Alkoholdelirien, die bei dem offenbaren Seltenerwerden der Delirien in den letzten Jahren besonders augenfällig war und über die in dieser Jahreszeit übliche Prädilektion hinauszugehen schien. Ich bin zweifelhaft, ob es berechtigt ist, hierbei dem emotionellen Faktor der Mobilmachung eine ausschlaggebende Bedeutung beizulegen. Das Zusammenströmen zahlreicher Landwehrleute, die vor dem Abschied stark gefeiert hatten, die auf der oft langen Bahnfahrt erzwungene Abstinenz, dazu die Prädilektionszeit des August könnten eine ausreichende Erklärung abgeben. Auch nach *Wollenberg* hoben sich in der Mobilmachungsperiode die Alkoholdelirien besonders hervor und, wie er beobachtete, auch in der schweren Verlaufsform. Ein nicht geringer Teil starb schnell infolge Herzschwäche.

Die Frage der Auslösung endogener, schizophrener und organischer Psychosen im Gefolge von Emotionen kann zahlenmäßig noch nicht beantwortet werden. Die Statistik hat über Zunahme, Abnahme, Gleichbleiben dieser Erkrankungen während des Krieges noch nicht gesprochen. Wir sind auf die Beobachtungen des einzelnen angewiesen. Abgesehen von den Beobachtungen an Kriegsteilnehmern, könnten die emotionellen Einflüsse des Krieges auch in der Zivilbevölkerung in den Sammelorten der Flüchtlinge, die schweren Erlebnissen ausgesetzt waren, in Änderungen der Aufnahmeverhältnisse der Anstalten, vor allem auch der Frauenstationen, sich ausdrücken.

Spezialuntersuchungen in dieser Richtung sind, soweit ich sehe, bis jetzt nicht gemacht worden.

Besondere Aufmerksamkeit verdienen die manisch-depressiven Psychosen, bei deren Entwicklung die verursachende Bedeutung der Gemütsbewegungen nach manchen Anschauungen noch immer hoch eingeschätzt wird. Einheitlich sind die Kriegserfahrungen darüber in einem Punkte: in der Feststellung der relativen Häufigkeit reaktiver Depressionen bei konstitutionell Depressiven, was eigentlich nach den Friedenserfahrungen fast selbstverständlich ist. Im übrigen gehen die Angaben auseinander. *Hübner* hat unter den Mobilmachungseinflüssen verhältnismäßig viel Manische und Melancholische gesehen. Er führt als Zeugen für seine Auffassung von der leichten Auslösbarkeit dieser Zustände durch Emotion auch *E. Meyers* und *Weygandts* Kriegserfahrungen an, den ersten, wie mir nach der in Betracht kommenden Arbeit scheint, nicht ganz mit Recht. Aus gelegentlichen privaten Mitteilungen von Kollegen entnehme ich, daß auch in den Anstalten der Zivilbevölkerung die Manien häufiger geworden seien. In meinem eigenen Material waren die manisch-depressiven Erkrankungen zu Anfang auffällig gering, und auch später schienen sie mir über das Häufigkeitsverhältnis, in dem wir sie auch sonst innerhalb der Psychosen vertreten sehen, nicht hinauszugehen. Unter den in meiner Klinik eingelieferten psychisch kranken Soldaten verhielten sich die Manisch-Depressiven zu den Schizophrenen wie 1 : 4, ein Verhältnis, das für unsere Aufnahmeverhältnisse keine Häufung der Manisch-Depressiven bedeutet. Eine leichte Vermehrung würde übrigens kaum beweisend für den Emotionseinfluß sein, da anzunehmen ist, daß leichtere depressive oder hypomanische Erregungen in dem Rahmen der militärischen Disziplin eher auffällig werden und ins Lazarett gelangen als im Frieden.

Ganz ähnliche Gedankengänge gelten für die Epilepsie. Auch hier hat die emotionelle Verursachung und Auslösung nicht nur des Anfalles, sondern der Krankheit, noch immer Anhänger. Ich verweise auf *Weygandt*. Eine sorgfältige Analyse von 48 Epilepsiefällen bei Soldaten hat mir bei keinem einzigen ergeben, daß die Feldzugsemotionen, und ich kann auch gleich die Erschöpfung mit hereinnehmen, eine Epilepsie verursacht hätten. Stets hatte, wenn konstitutionelle Epilepsie im Felde zum ersten Male auftrat, eine deutliche



Anlage in dieser Richtung schon bestanden. Zu demselben Resultat ist *Hauptmann* gelangt, und wenn er noch weiterhin betont, daß für die Epilepsie die Unabhängigkeit des Auftretens der epileptischen Anfälle von emotionellen Momenten geradezu charakteristisch und differentialdiagnostisch verwertbar sei, so kann ich dem im allgemeinen nur zustimmen. Die häufige Fehldiagnose Epilepsie anstatt Hysterie würde bei Beachtung dieser Tatsache seltener werden. Das Vorkommen reaktiver epileptischer Anfälle bei vorhandener Konstitution auf emotionelle Anlässe hin vollständig in Abrede zu stellen, scheint mir aber nicht zulässig.

Bezüglich der schizophrenen, paranoischen und paranoiden Erkrankungen hat der Krieg über auslösende Einflüsse der Emotion nichts ergeben, was die Auffassung, die wohl schon im Frieden allgemein war, daß für die Entwicklung dieser Erkrankung Gemütsbewegungen unwesentlich sind, umzustoßen Veranlassung geben könnte. Auch für das Zusammentreffen von Erschöpfungs- und Emotionseinflüssen gilt dasselbe. Die Erwägung, daß die Schizophrenie vielleicht auf Funktionsstörungen endokriner Art beruht, und daß durch Erschöpfung und fortgesetzte Emotion wahrscheinlich endokrine Störungen hervorgerufen werden und infolgedessen vielleicht auf diesem Wege eine Vermehrung der schizophrenen Prozesse denkbar wäre, eine, wie ich glaube, von *Wilmanns* diskutierte Möglichkeit, hat vorläufig durch die Beobachtung noch keine Unterlage bekommen. Einzelne Fälle, die anscheinend anschließend an solche Schädigungen ausgebrochen sind, hat natürlich jeder gelegentlich beobachtet. Sie beweisen aber nichts, solange der Prozentsatz nicht über das hinausgeht, was bei den in Betracht kommenden Altersklassen ohnehin an Erkrankungen zu erwarten steht.

Die Bemerkung *Alts*, daß der schnellere und günstigere Verlauf gewisser im Felde entwickelter schizophrener Störungen Schlußfolgerungen auf die exogene Auslösung erlaube, bedeutet vorläufig wohl lediglich eine Anregung, in dieser Richtung an größeren Reihen weiter zu untersuchen.

Wie verhält sich endlich Emotion und Erschöpfung zur psychopathischen Konstitution? Fast allerseits wird eine enge Beziehung angenommen, und die Kriegserfahrungen, welche die relative Häufigkeit der episodischen Zufälle der Psychopathen zeigen, scheinen das

zu bestätigen. Und doch lehrt uns gerade hier der Krieg etwas Wichtiges. Das Ausbleiben solcher psychopathischen Reaktionen bei den Serben trotz Fortbestand ihrer schweren Erschöpfungszustände im Gefangenenlager, die entsprechenden Beobachtungen über das Fehlen psychisch-nervöser Erscheinungen bei den aus schwerstem Granatfeuer-Erlebnissen kommenden kriegsgefangenen Franzosen im Gegensatz zu der Häufigkeit dieser Störungen hinter der französischen Front, auf die ich in anderem Zusammenhang hingewiesen habe, und die neuerdings von *Mörchen* an großem Material bestätigt worden sind, weisen darauf hin, daß der Erschöpfung und Emotion auch hier nicht die angenommene direkte pathogenetische Bedeutung zukommt. Erst die Fortdauer der Anforderungen an die Willensleistung, wie sie der Krieg und der Zwang der Disziplin mit sich bringen, der Konflikt der Pflicht mit den andersgerichteten Wünschen und Bestrebungen des psychopathischen Individuums löst die Mehrzahl der krankhaften Reaktionen aus. Es liegt in diesen Beobachtungen ein wichtiger Hinweis auf die praktische Bewertung der psychopathischen Reaktion. Die Bedeutung der Erschöpfung und Emotion ist nur eine vorbereitende, indem sie die der psychopathischen Anlage entstammenden Antriebe leichter auslösbar macht, aber doch auch in dem Sinne, als sie die Toleranz auch der psychisch Robusten vorübergehend herabsetzen kann, als sie leichter Disharmonien zwischen affektiver, Willens- und intellektueller Sphäre, wie sie wohl in jedem Gesunden vorhanden sind, verstärken kann und so einen psychischen Zustand herbeiführen, der, wie ich glaube, allerdings nur vorübergehend der psychopathischen Konstitution in seiner Reaktionsweise gleichkommen kann. So sind während des Krieges pathologische Räusche, plötzliches Fortlaufen, Affektkrisen, Dämmerzustände auf diesem Boden auch bei bis dahin Gesunden beobachtet worden.

Zum Schluß ist noch ein Punkt zu berühren. Wir wissen aus der somatischen Pathologie, daß Erkrankungen, die erschöpfte Individuen treffen, im Verlauf Besonderheiten zeigen. Der Typhus verläuft beim Erschöpften schwerer, aus dem Serbenlager hören wir von abnorm langer Heilungsdauer der Phlegmonen. Es fragt sich, haben sich ähnliche Einflüsse auch im Verlauf psychischer Erkrankungen gezeigt? Aus der Friedenspathologie ist mir nichts hierher Gehöriges bekannt. Es ist mir vielmehr das Gegenteil aufgefallen, wie völlig unbeeinflußt

ein schizophrener oder manisch-depressiver Prozeß beispielweise neben einer konsumierenden Tuberkulose einhergeht.

Die Kriegsliteratur bringt zu dieser Frage einiges. *Wollenberg* hat, wie ich schon erwähnt habe, ungünstigen und schweren Verlauf der in der Mobilmachungszeit zur Behandlung gekommenen Alkoholdelirien gesehen. An den mir zur Beobachtung gekommenen ist nichts Auffälliges gewesen, es ist aber wohl denkbar, daß die stärkere Inanspruchnahme des Alkoholistenherzens unter den Emotionen der Mobilmachungszeit ein schnelleres Versagen zur Folge hat. In den letzten Tagen ist mir noch eine Arbeit von *Weygandt* zugegangen, der die Auslösung der progressiven Paralyse durch Kriegsschädigungen auch ablehnt, aber von einer Kriegsparalyse in dem Sinne spricht, als er einen schnelleren Verlauf unter dem Einflusse erschöpfender Kriegserlebnisse glaubt feststellen zu können. Ich bin leider nicht mehr in der Lage gewesen, zur Nachprüfung der Frage unsern zur Entlassung gekommenen Paralytikern weiter nachzuforschen. In den Paralytiker-Krankengeschichten und meinem augenblicklichen Paralytiker-Material aus dem Heere habe ich ein Überwiegen schnell verlaufender Formen nicht feststellen können. Bei der theoretischen wie praktischen Wichtigkeit der Frage scheint es geboten, vor Anerkennung dieser Kriegsparalysen im Sinne *Weygandt*s noch weitere Beobachtungen an großem Material abzuwarten.

Ich möchte damit meinen Überblick beschließen. Wie Sie sehen, ist noch manche Frage offen, die vielleicht durch die Diskussion geklärt werden kann. Was sich schon jetzt, noch ehe die Statistik gesprochen hat, mit ziemlicher Sicherheit ergibt, ist etwas Erfreuliches. Der Krieg hat uns gezeigt, daß die Widerstandsfähigkeit des gesunden Gehirns sehr hoch eingeschätzt werden darf, und daß die das kämpfende Heer am meisten in seiner Allgemeinheit treffenden und am wenigsten vermeidbaren Schädigungen der körperlichen Erschöpfung und der gemütlichen Erschütterung einen irgendwie wesentlichen Einfluß auf die Entwicklung eigentlicher Geisteskrankheiten nicht haben.



Kleinere Mitteilungen.

Die auf den 22. Oktober 1916 angesetzte Kriegstagung der Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen (s. Bd. 72, S. 372) ist auf vielseitigen Wunsch verschoben worden und findet am 6. Januar 1917 in Dresden statt.

Zum Andenken *A. Alzheimers*. — Es hat keinen Zweck, mit dem Schicksal zu hadern, welches uns allzu früh einen Forscher entriß, der unserer Wissenschaft so viel gegeben hat, und von dem wir noch viel zu erwarten berechtigt waren. Wir sind uns dessen vollkommen bewußt, was wir an *Alzheimer* verloren haben. Sein Bild als Mensch ist in unseren Herzen eingegraben, sein Wirken als Forscher hat er selbst in seinen Arbeiten verewigt. Gewiß: die Woge des unaufhaltsamen Fortschritts wird auch über seine Leistungen hinwegziehen, und unter neuen Erkenntnissen werden dieselben verblassen. Trotzdem besteht kein Zweifel, daß *Alzheimers* Anteil am Fortschritt unserer Wissenschaft nicht verweht werden wird. Mögen neue und bessere Erkenntnisse alte und anfechtbare Anschauungen verdrängen, *Alzheimers* Arbeiten werden für immer Marksteine in der Geschichte unserer Wissenschaft bleiben. Hierin ist seine Bedeutung als Forscher eingeschlossen.

Diese Arbeiten gehören der Histopathologie des Gehirns und seiner Rinde an. Nichts wäre jedoch irriger als zu glauben, daß er nur Histopathologe, bloß Anatom war. Wenn auch der Schwerpunkt seiner Lebensarbeit in seinen histopathologischen Forschungen liegt, so war er doch in seiner wissenschaftlichen Denk- und Arbeitsweise in erster Linie Kliniker, ein Psychiater, welcher „der Psychiatrie mit dem Mikroskope weiterhelfen wollte“.

Mündlich und schriftlich hat *Alzheimer* immer wieder darauf hingewiesen, daß nicht der Grund einzusehen ist, warum es der pathologischen Anatomie unmöglich sein sollte, der klinischen Psychiatrie ebenso zu Hilfe zu kommen wie allen übrigen Gebieten der Heilkunde, indem einmal Krankheitserscheinungen aus Schädigungen der Organstruktur erklärbar werden, und indem zweitens die pathologische Anatomie als Ursache von



klinisch nicht immer leicht trennbaren Krankheitsgruppen histologisch verschiedene Krankheitsvorgänge kennen gelehrt hat. Namentlich diesen zweiten Punkt hat *Alzheimer* mit besonderem Nachdruck betont. Hier setzte seine eigene Arbeit ein. Wie sich mit der Möglichkeit der Nachprüfung der klinischen Diagnose durch die histologische Untersuchung in der übrigen Medizin „eine genauere Bewertung der einzelnen Symptome für Differentialdiagnose und damit schließlich auch eine zuverlässigere klinische Abgrenzung der einzelnen Krankheitsformen erreichen ließ", so wollte er auch der Psychiatrie mit dem Mikroskop weiterhelfen.

Treffend hat *Spielmeyer* als den Grundzug seiner Forschungsweise gekennzeichnet „das Zusammenarbeiten der Anatomie mit der Klinik, die histologische Forschung unter klinischen Gesichtspunkten und unter der Leitung klinischer Erfahrungen, wie auch umgekehrt die Klärung klinischer Probleme unter Führung anatomischer Tatsachen".

Immer und immer wieder hat *Alzheimer* die Aufstellung scharf umgrenzter Krankheitsbilder in der Psychiatrie verteidigt. Nur durch eine scharfe Umgrenzung von Krankheitsbildern sei es möglich, das Wesen einer Krankheit zu verstehen, ihre Prognose vorauszusagen, ihre Ursachen zu ergründen und schließlich prophylaktisch oder therapeutisch auf sie einzuwirken. Als Wege, die ihm heute möglich erschienen, diesem Ziele näherzukommen, bezeichnete er denjenigen der histologischen Untersuchung und den einer Gruppierung nach klinischen Gesichtspunkten. Obschon ihrer Natur nach prinzipiell voneinander verschieden, waren für ihn diese beiden Wege nicht unabhängig voneinander; wie ein neben dem Flußbett einherziehender Landweg sollten sie Berührungen haben, sich ergänzen, vor allem aber zum gleichen Ziele führen. Charakteristisch für sein Forschen ist, daß er bei seinen anatomischen Untersuchungen stets von klinischen Beobachtungen ausgegangen ist, daß er, um bei unserem Bilde zu bleiben, vom Flußbett aus den Landweg festzustellen und zu finden suchte. Immer wieder hat er mit Nachdruck betont, daß der Histopathologe der Führung der Klinik bedarf; an klinisch sichergestellten Fällen seien die kennzeichnenden histopathologischen Veränderungen zu ermitteln und diese denjenigen gegenüberzustellen, die bei klinisch wesentlich anders verlaufenden Fällen erhoben werden: auf diese Weise unter Führung der Klinik zu einer histologischen Differentialdiagnose gelangend, sollte die letztere für die klinische Forschung verwertbar gemacht werden. Was *Alzheimer* für die Psychiatrie anstrebte, war das gleiche Programm wie überall in der Medizin: die Auffindung natürlicher Krankheitsformen auf Grund engster Zusammenarbeit zwischen Kliniker und Anatomen.

Wohl ohne Widerspruch wird zugegeben, daß man von einer pathologischen Anatomie der Geistesstörungen da zu sprechen berechtigt ist, wo geistige Störungen sich bei greifbaren anatomischen Veränderungen einstellen oder wo, wie man zu sagen pflegt, eine organische Erkrankung

des Gehirns vorliegt. So übereinstimmend man den Begriff einer pathologischen Anatomie der Geistesstörungen in diesem beschränkten Sinne zulassen wird, so groß dürfte wohl der Widerspruch gegen diesen Begriff in ganz allgemeinem Sinne sein. Man wird vielleicht schon den von *Alzheimer* gebrauchten Begriff der pathologischen Histologie der Geistesstörungen beanstanden, wenn auch jedermann weiß, was damit gemeint ist: die pathologische Histologie derjenigen Organteile, ohne deren Funktionen geistiges Leben unmöglich ist.

Alzheimer war trotz seines unverwüstlichen Optimismus sein ganzes Leben lang in seinem wissenschaftlichen Denken gewissermaßen Realpolitiker. Er, der so wesentliches beigetragen hat, auf dem Gebiete der „organisch“ bedingten Psychosen scharfe Begrenzungslinien zwischen verschiedenen Krankheiten zu ziehen, war fest davon überzeugt, daß einer der Wege, die uns auch auf dem Gebiete der sogenannten funktionellen Psychosen weiterzuführen geeignet sind, die pathologische Anatomie ist. Trotz dieser festen Überzeugung war, wie *Gaupp* in seinem Nachruf schreibt, „das Spekulative seinem anschaulichen Denken fremd, und wenn er, wie z. B. in seiner Vorlesung über „Gehirn und Seele“ in München, erkenntnistheoretische Probleme zu behandeln hatte, so geschah es mit der gleichen innerlichen Bescheidenheit gegenüber dem Unerforschbaren, die sein ganzes Wesen erfüllte und ihn im wahren Sinne des Wortes zu einem toleranten Manne gegenüber allen Dingen des Ahnens und Glaubens machte“. Ich selbst habe mit *Alzheimer* niemals über dergleichen Dinge diskutiert und auch nicht diese Vorlesung gehört; ich weiß nur, daß er Erörterungen über den Zusammenhang von Seele und Leib lieber andern überließ und sich lediglich auf den Boden der Tatsache stellte, daß ohne lebendes Gehirn seelische Äußerungen ein Nonsens sind. Kein Verständiger wird zweifeln, daß jeder eigentümliche seelische Vorgang auch seine eigentümliche körperliche Bedingung hat. Erkennt man aber diesen Satz als zu recht bestehend an, so wird man, um mit den Worten *Alzheimers* zu sprechen, nicht über die Forderung hinwegkommen können, daß jede pathologische Äußerung unseres Seelenlebens mit materiellen Veränderungen im Rindengewebe einhergehen muß. Obwohl *Alzheimer* praktisch an der Einteilung von funktionellen und organischen Psychosen festgehalten hat, war er sich doch vollkommen bewußt, daß die Bezeichnungen organische und funktionelle Seelenstörungen mißverständlich und unvollkommen sind. Wollen wir dieselben trotzdem noch weiter gebrauchen, „dann müssen wir jedenfalls unter die organischen Psychosen alle solche rechnen, bei welchen Nervenmaterial zugrunde geht oder Veränderungen nachgewiesen sind, die über Veränderungen, welche die normale Funktion begleiten, hinausgehen. ..... Damit erweitert sich aber der Begriff der organischen Psychosen gegenüber der älteren Zusammenfassung sehr erheblich“.

Also aus *Alzheimers* Umgrenzung dessen, was er unter die „organi-



schen“ Psychosen rechnet, geht hervor, daß er weit über das hinausgeht, was man für gewöhnlich als organisch bezeichnet. Es war daher ganz folgerichtig, wenn er die pathologische Anatomie als einen der Wege bezeichnete, die uns auch auf dem Gebiete der sogenannten funktionellen Psychosen noch weiterführen können. Auch hier, „wo man heute noch überall Übergänge zu sehen glaubt, ist zu hoffen, daß wir mit dem Fortschritt unserer Erkenntnis zur besseren Abtrennung einzelner Krankheiten und zur Gliederung der schon vorhandenen besonders großen Krankheitseinheiten in verschiedene durch Besonderheiten der Symptome und des Verlaufs charakterisierte Typen gelangen werden“.

Das war für *Alzheimer* das ideale Ziel, welches ihm vorschwebte. Aber er war sich auch der Grenzen seines Könnens bewußt. Wenn er auch davon ausging, „daß schon mit den physiologischen Leistungen Veränderungen im Nervengewebe vor sich gehen“, so war er doch weit davon entfernt, uferlosen Problemen nachzujagen. „Wir wissen davon noch ungemein wenig vom Allergröbsten, und wer sich die Schwierigkeiten, solche funktionelle Veränderungen zu erkennen und abzugrenzen, klargemacht hat, wird einsehen, daß wir in aller absehbaren Zeit damit nicht fertig werden.“ An einer andern Stelle sagt er: „Die Kenntnis der außerordentlichen Schwierigkeiten des Arbeitsgebietes haben mich aber auch abgehalten, je zu hoffen, daß das Mikroskop in naher Zeit der Psychiatrie alle Rätsel lösen wird.“

Als lösbare Aufgabe bezeichnete *Alzheimer* vor allem die Feststellung der anatomischen Grundlage der Dementia praecox. „Bei den Infektions- und Intoxikationspsychosen häufen sich immer mehr charakteristische Befunde. Hin und wieder begegnen uns heute noch nicht bekannte histologische Krankheitsprozesse, so daß wir hoffen können, mit Hilfe der Histologie klinisch nicht oder noch nicht herausgehobene Krankheiten abgrenzen zu lernen. Die Epilepsie werden wir immer mehr auflösen können, die Idiotie ist heute schon in zahlreiche verschiedene Krankheiten abtrennbar. Auch auf dem Gebiete der organischen Erkrankungen lassen sich neue Krankheitsprozesse erkennen und bekannte noch weiter aufklären, namentlich verspricht das Studium der verschiedenen Lokalisationsformen der letzteren im Vergleich zu den klinischen Bildern weitere interessante Ergebnisse. Wenn alle diese lösbaren Aufgaben gelöst sein werden, wird auch der klinischen Psychiatrie mancher Vorteil für die Abgrenzung ihrer Krankheiten zugeflossen sein. Überall aber kann die Anatomie nicht helfen.“

Das Programm der modernen Histopathologie der Rinde, daß das zunächst zu erreichende Ziel nicht in der möglichst scharfen lokalen Abgrenzung der erkrankten nervösen Elemente und nicht in dem Bestreben besteht, die einzelnen klinischen Krankheitszeichen mit dem anatomischen Befunde in Einklang zu bringen, sondern unter klinischer Leitung in der zielbewußten Ermittlung der einzelnen histopathologischen Gesamt-



prozesse sowie in der möglichst scharfen Auseinanderhaltung der verschiedenen histopathologischen Vorgänge voneinander und in der Verwertung der hieraus sich ergebenden Differentialdiagnose für die klinische Differentialdiagnose, — dieses Programm hat *Alzheimer* nicht nur mit schönstem Erfolge durchgeführt, sondern er hat auch in vorbildlicher Weise gelehrt, wie man diese Aufgabe anpacken und durchführen muß.

Er selbst, der nie uferlosen Problemen nachjagte und als echter Forscher sich stets wirklich erreichbare Aufgaben stellte, ist in den letzten Jahren seines Lebens gelegentlich über das ursprüngliche Programm hinausgegangen, indem er die Möglichkeit andeutete, daß die Histopathologie auch „für die Beziehungen der Symptomenkomplexe zu den Krankheiten mancherlei lehren" könne. Aber auch selbst bei diesem kühnen Schritte blieb er gewissermaßen mit beiden Füßen auf dem Boden. Es ist außerordentlich charakteristisch für ihn, daß er hierbei sich an Symptomenkomplexe hält, deren körperliches Korrelat histologisch untersuchbar ist. Eine der anziehendsten Schilderungen *Alzheimer*s betrifft seine Ausführung über einen stuporösen Katatoniker, der ohne irgendwelche Anzeichen einer Erkrankung körperlicher Organe plötzlich tot zu Boden gefallen war, und bei dem er zunächst vergeblich nach entsprechenden Befunden suchte, schließlich aber doch sehr tiefgreifende Störungen in der Hirnrinde nachweisen konnte, die dem Falle „etwas von dem Rätselhaften genommen haben". Von den anfallartigen Störungen der Dementia praecox geht er über auf diejenigen der Paralyse und der Epilepsie und sucht darzulegen, daß die epileptischen und epileptiformen Anfälle wahrscheinlich „durch einen im Gehirn vorbereiteten Mechanismus zur Auslösung gebracht werden, und daß den Anstoß zu diesen Auslösungen sehr verschiedenerlei Schädigungen geben können". Ein Teil dieser Schädigungen sei aber heute schon histologisch faßbar. Den Hinweis auf die Verwendbarkeit der Histopathologie für die Beziehungen von Symptomenkomplexen zu den Krankheiten begründete er weiter dahin, daß „experimentelle Untersuchungen, wie das Studium der Infektionspsychosen, darauf hindeuten, daß bestimmte Reaktionsformen nicht von der Art des Giftes, sondern von dessen Dosierung abhängen. Bei den amentiellen Zuständen und leichten Delirien finden sich andere Veränderungen als bei den schweren und wieder andere bei den schwersten, den delirium acutumartigen Verlaufsformen. Weiterhin zeigt sich, daß bei bestimmter Dosierung nicht jedes Gift gleich verbreitete Schädigungen im Zentralnervensystem setzt, sondern elektiv die einen Teile schwerer, die andern geringer schädigt. Diese elektive Giftwirkung läßt erwarten, daß durch die verschiedene Lokalisation der Hirn- und Rindenschädigung auch verschiedene Krankheitsbilder erzeugt werden". Andrerseits ließe sich der Gedanke nicht abweisen, daß Krankheitsprozesse, die, wie z. B. die *Korssakow*sche Psychose und die Presbyophrenie, ihrem Wesen nach verschieden, aber in ihren Symptomenbildern einander sehr ähnlich sind, den gleichen



Angriffspunkt in der Rinde besitzen. Mit vollem Rechte schließt *Spielmeyer* als ebenfalls hierher gehörig den Hinweis darauf an, daß *Alzheimer* schon vor Jahren die Notwendigkeit der Erforschung atypischer Formen der verschiedenen Krankheitsprozesse betont habe, da gerade eine Vergleichung solcher Fälle mit den gewöhnlichen Bildern der betreffenden Krankheit zu einer anatomischen Erklärung der Symptome verhelfen könne.

Überblickt man das Lebenswerk *Alzheimer*s, so kommt man zu dem Ergebnis, daß er durch das innige Zusammenwirken anatomischer und klinischer Arbeit die Psychiatrie wie wenige gefördert hat. Der Schwerpunkt seines histopathologischen Schaffens lag, wenn ich so sagen darf, in der speziellen Histopathologie des Zentralnervensystems. Was er auf diesem Gebiete, namentlich in der scharfen Umgrenzung der sogenannten organischen Psychosen, geleistet hat, ist bereits Allgemeingut geworden. Sein Verdienst besteht darin, daß er gewissermaßen die Ergebnisse der allgemeinen Histopathologie des Zentralnervensystems unter Führung der Klinik für die spezielle Histopathologie der Geisteskrankheiten verwertet und in dieser Richtung begonnen hat, zahlreiche Bausteine zusammenzutragen. In den letzten Jahren seines Lebens war er damit beschäftigt, die Ergebnisse jahrelanger Arbeit in lehrbuchmäßiger Darstellung den Lesern des von *Aschaffenburg* herausgegebenen Handbuchs der Psychiatrie zugänglich zu machen. Leider hat er diese Arbeit nicht vollenden können.

Niemand als *Alzheimer* hat es besser gewußt, „daß wir noch ganz im Anfang der Entwicklung einer pathologischen Anatomie der Psychosen stehen". Ohne Schwierigkeit sind wir imstande, eine Paralyse, eine senile Demenz, eine Arteriosklerose und einige Formen der Hirnlues voneinander zu unterscheiden, aber bei dem Gros der in Irrenanstalten zur Sektion kommenden Fälle hat bis jetzt die Histopathologie versagt. Zwar finden wir auch hier regelmäßig, oft sogar recht greifbare Veränderungen an den einzelnen Gewebsbestandteilen, allein man kann damit nicht viel anfangen; man ist außerstande, dieselben entsprechend den verschiedenartigen klinischen Verlaufsformen in verschiedenartige wohl gekennzeichnete histopathologische Gesamtbilder auseinanderzuhalten. Von dem Ziel der Histopathologie der Rinde, ohne Kenntnis des klinischen Falles ausschließlich aus dem Ergebnis der histopathologischen Untersuchung des Gehirns zu erkennen, daß der Besitzer des untersuchten Gehirns an einer geistigen Störung gelitten hat, welche im allgemeinen einer bekannten klinischen Verlaufsweise entspricht, sind wir noch sehr weit entfernt. Trotzdem kann man *Alzheimer* durchaus verstehen, wenn er sagte: „Ein Gefühl der Resignation hat mich nie beschlichen. . . . . . Wenn ich zusammenstelle, was die pathologische Anatomie des Zentralnervensystems seit dem letzten Jahrzehnt des vorigen Jahrhunderts geleistet hat, kann ich wohl sagen: ein gut Stück Arbeit."

Vergleicht man den Stand der pathologischen Anatomie bei den übri-

gen Organen mit demjenigen der Histopathologie der Hirnrinde, so haben wir wahrhaftig nicht die geringste Ursache, kleinlaut zu werden. Man betrachte doch einmal nur beispielweise die pathologische Anatomie der Niere und stelle an sie die gleichen Fragen, die man an die Histopathologie der Rinde hinsichtlich ihrer Leistungen für die klinische Psychiatrie zu richten pflegt. Obschon wir es bei der Niere mit einem gegenüber der Hirnrinde unvergleichbar einfachen Organ zu tun haben, brauchen wir, wenn wir nur einmal dieses Beispiel wirklich durchdenken, diesen Vergleich wahrhaftig nicht zu fürchten.

Wir dürfen bei der Histopathologie der Geisteskrankheiten nicht vergessen, daß wir erst angefangen haben mit dem Anfang, und nichts wäre verkehrter, als verzagt und mutlos zu werden, nachdem nach den anfänglich glänzenden Erfolgen der Histopathologie der Geistesstörungen diese Forschung ins Stocken geraten ist.

Als *Alzheimer* erkannt hatte, daß die bisherigen Feststellungen und Methoden der allgemeinen Histopathologie des Zentralnervensystems zur Fortführung der Histopathologie der Geistesstörungen nicht mehr ausreichen, hat auch er sich den Problemen der allgemeinen Histopathologie des Zentralnervensystems zugewandt. Ich weise auf die 4 letzten Bände der „Histologischen und histopathologischen Arbeiten" hin, deren Inhalt fast ausschließlich aus seinem Laboratorium hervorgegangen ist. Ein beträchtlicher Teil dieser Arbeiten ist der allgemeinen Histopathologie des Zentralnervensystems gewidmet. Die hervorragendste Abhandlung unter den letzteren, die „Beiträge zur Kenntnis der pathologischen Neuroglia und ihre Beziehungen zu den Abbauvorgängen im Nervengewebe" stammt aus seiner Feder. So oft ich zurückdenke an die Stunden, in denen er mir im Münchener Laboratorium seine Anschauungen über die Glia, über ihre Beziehungen zum Saftstrom und den Gefäßen an Hand von Präparaten auseinandersetzte, tritt vor mein geistiges Auge in greller Klarheit seine große Bedeutung auch als allgemeiner Histopathologe des Zentralnervensystems.

Ein Eingehen auf *Alzheimers* Arbeiten über die Histopathologie der Geistesstörungen und auf seine Studien über allgemein histopathologische Fragen des Zentralnervensystems ist hier nicht beabsichtigt; wie ich schon an anderer Stelle erklärte, habe ich mir vorbehalten, im nächsten Hefte der „Histologischen und histopathologischen Arbeiten" die Ergebnisse seiner histopathologischen Forschungen und deren Bedeutung kritisch darzulegen [1]).

Hier kommt es mir darauf an, festzulegen, daß zwar die Forschungsergebnisse, durch welche er im In- und Ausland weiten Kreisen bekannt

[1]) Ein Verzeichnis der wichtigsten Veröffentlichungen *Alzheimers* bringt *Spielmeyer* am Schluß seines Nachrufes: „*Alzheimers* Lebenswerk" (Zeitschr. f. d. gesamte Neurologie und Psychiatrie Bd. 33, Heft 1/2).



geworden ist, der Histopathologie der Geisteskrankheiten angehören, daß er aber auch auf dem Gebiete der allgemeinen Histopathologie des Zentralnervensystems Großes geleistet hat. Gerade deshalb ist sein früher Tod ein so unersetzlicher Verlust, weil er, wie kein anderer, befähigt war, der ins Stocken geratenen Histopathologie der Geistesstörungen Neuland zuzuführen durch Aufstellung und Lösung neuer Probleme auf dem Gebiete der allgemeinen Histopathologie des Zentralnervensystems.

Es ist durchaus begreiflich, daß der Psychiater den Fragestellungen der allgemeinen Histopathologie des Zentralnervensystems nicht allzuviel Interesse entgegenbringt. Erörterungen und histologische Detailarbeiten über die pathologische Neuroglia, über die Frage der sogenannten perivaskulären Räume, über die Beziehungen zwischen den ekto- und mesodermalen Gewebsanteilen, die Forderung, daß man den letzteren genau ebensoviel Sorgfalt widme wie dem Aufbau und Veränderungen von Nervenzellen und Fasern, die Probleme des in der Entwicklung begriffenen Nervengewebes und seiner pathologischen Abwandlungen und noch unendlich viele andere Fragen wie auch die Heranziehung des Tierexperimentes zur Lösung allgemeiner histopathologischer Fragen des Zentralnervensystems haben in der Tat keine Berührungspunkte mit der klinischen Psychiatrie. Für den Einsichtigen aber sind es notwendige Umwege, die er vernünftigerweise machen muß, um das Ziel zu erreichen, zu dem ein direkter Weg noch nicht hinführt.

Diese Umwege, diese notwendigen Umwege geben eine Erklärung dafür, warum vielfach *Alzheimer* als „bloß Anatom", als „nur Histopathologe" bezeichnet wurde.

Als er für den Lehrstuhl in Breslau in Frage kam, zweifelte niemand an seiner überragenden Bedeutung als Histopathologe des Gehirns, aber es wurden doch auch Stimmen laut, die meinten, der Professor eines klinischen Lehrstuhles müsse in erster Linie Kliniker sein. Es war *Alzheimer* nur eine kurze Spanne Zeit vergönnt, in Breslau seines Amtes zu walten. Aber diese kurze Zeit genügte vollauf, um auch die Zweifler zu überzeugen, daß der angebliche „bloße Anatom" auf den richtigen Platz gestellt war.

Wenn man schon gegenüber dem glänzendsten Vertreter der histopathologischen Forschungsrichtung in der Psychiatrie Zweifel hegte, ob er für einen Lehrstuhl der Psychiatrie der geeignete Mann sei, so ist die Besorgnis nicht ganz unbegründet, daß solche Zweifel zukünftig noch in viel höherem Grade bei denjenigen Kollegen Platz greifen könnten, welche die Bearbeitung dieser Forschungsrichtung sich zur Lebensaufgabe machen. Diese Besorgnis ist um so mehr berechtigt, als mit der unaufhaltsam fortschreitenden Vervollkommnung der technischen Hilfsmittel die Forschungsaufgaben immer größer, als mit jeder besseren Einsicht in die Struktur des Nervengewebes dieses immer verwickelter wird, als bei jedem Schritt vorwärts sich stets neue Hindernisse auftürmen, mit einem Worte, als der Umweg, von dem ich gesprochen, immer gewaltiger wird. Dazu kommt




noch, wie *Alzheimer* sagte, „die sehr verschiedene und zum Teil recht niedrige Einschätzung des Wertes der pathologischen Anatomie als Hilfswissenschaft der Psychiatrie".

Allerdings ist dieser Umstand kein objektiver Maßstab für deren Bewertung. Trotzdem muß diejenigen unter uns, die den Wert dieser Hilfswissenschaft hoch einschätzen, die es für bedauerlich halten würden, wenn nicht auch die histopathologische Forschungsrichtung in der Psychiatrie unter den Inhabern der Lehrstühle Vertretung fände, namentlich aber die wenigen Kollegen, welche diese Forschungsrichtung eingeschlagen haben, in der Erinnerung an den allzu frühen Tod *Alzheimer*s ein wahrer Jammer ergreifen. Denn er war unbestritten der geeignetste Mann, dieser Forschungsrichtung immer mehr Anhänger zuzuführen. Rein sachlich in seinen Darlegungen, abhold jeder Übertreibung und phantastisch-spekulativen Hirngespinsten, frei von persönlicher Schärfe im Bekämpfen fremder Anschauungen, dabei von einem glühenden Eifer erfüllt für das, wofür er kämpfte, war er nicht nur Verteidiger, sondern auch Werber für diese Forschungsrichtung.

Mit ihm haben wir nicht nur einen ihrer autoritativen Vertreter verloren, auch einen Mann, der, wie selten einer, die Fähigkeit besaß, Schule zu machen und Schüler heranzuziehen. Sein Laboratorium in München genoß einen Weltruf. Von allen Kulturstaaten strömten zu ihm junge Ärzte. Man kann, um einen Ausdruck *Gaupp*s zu gebrauchen, in der Tat von seiner internationalen Arbeiterschar sprechen. In der Erinnerung an diese Lehrtätigkeit meines Freundes beschleicht mich freilich auch ein wehmütiges Gefühl. Ich kann mich nicht von dem Gedanken an den Propheten„ im eigenen Lande" freimachen. Ob die vielen Ausländer, insbesondere die Italiener, unsere Bundesgenossen seligen Angedenkens, sich wohl des deutschen Barbaren und dessen, was er ihnen gegeben hat, noch erinnern?

Es wäre unrecht, wollte man über den hervorragenden Eigenschaften des akademischen Lehrers und Forschers den Anstaltsarzt vergessen. Ich habe bereits an anderer Stelle betont, daß *Alzheimer* zu dem immer seltener werdenden Genus der alten Irrenanstaltsärzte gehörte, die nicht nur zu den Kranken in ein persönliches Verhältnis treten, sondern für welche auch die technische Seite des Abteilungsbetriebes eine persönliche Angelegenheit ist.

Bald nach seiner Approbation wurde er 1888 Assistenzarzt an der städtischen Irrenanstalt zu Frankfurt a. M. Nach meinem Weggange von Frankfurt im Jahre 1895 rückte er in die Stelle des II. Arztes ein und versah dieselbe bis 1903. 14 Jahre lang hat er also Anstaltsdienst getan. Durch *Sioli* wurde er in die Psychiatrie eingeführt. Er kam nicht in einen geordneten Anstaltsbetrieb. Denn als er seine Stelle antrat, war er zunächst mit seinem Direktor allein. *Sioli* hatte die Aufgabe übernommen, die damals vom no-restraint, von Wachsälen, Bettbehandlung und Arbeits-



therapie noch unberührte Anstalt zu reorganisieren. Jahrelang wurde der Anstaltsbetrieb durch bauliche Veränderungen erheblich erschwert. Trotz dieser äußerlichen Schwierigkeiten hat er neben seiner Berufsarbeit sich bemüht, „auch die wissenschaftlichen Grundlagen der Psychiatrie zu fördern". Bis zum Jahre 1895 war ich Zeuge, mit welchem unübertreffbaren Eifer, Ernst und Gewissenhaftigkeit er seine Berufspflichten als Assistenzarzt erfüllt hat. Ein anderer Zeuge — *Raecke* — schreibt über seine Tätigkeit nach meinem Weggange: „Als Oberarzt ..... hat *Alzheimer* eine erstaunliche Arbeitskraft entfaltet. Unermüdlich war er auf den Krankenabteilungen tätig, indem er noch außerhalb der Visitenzeit den ihn interessierenden Fällen immer wieder nachging, sie stundenlang untersuchte und in ihrem Gebaren beobachtete. Neben seinen sorgfältigen Krankengeschichten erledigte er Stöße von Akten, unterzog sich den zeitraubenden Aufgaben eines vielbeschäftigten Gerichtsgutachters und behandelte persönlich zahlreiche Privatpatienten, ohne doch darum je seine geliebten histologischen Studien zu vernachlässigen. Fast noch bewundernswerter war die ewig liebenswürdige Ruhe, mit der er mitten unter diesem Hasten und Treiben den mannigfachen Ansprüchen, Fragen und Wünschen jüngerer Kollegen entgegenkam. ....." Und trotz dieses Hastens und Treibens, trotz seiner unermüdlichen Berufsarbeit als Anstaltsarzt ist er in den 14 Jahren seiner Frankfurter Tätigkeit der führende Histopathologe der Hirnrinde geworden. Seine grundlegende klassische Arbeit: „Histologische Studien zur Differentialdiagnose der progressiven Paralyse" ist die reife Frucht der Frankfurter Anstaltstätigkeit.

Ein Mann wie *Alzheimer* durfte sich mit vollem Recht erlauben, am Schlusse seines Aufsatzes „25 Jahre Psychiatrie" zu schreiben: „Man kann nur wünschen, daß *Siolis* Anstalt auch in der Förderung wissenschaftlicher Arbeit ein nachgeeifertes Beispiel werde. Neben manchen Anstalten, die heute schon den Bedürfnissen wissenschaftlicher Forschung gleiche Fürsorge angedeihen lassen, findet sich eine viel größere Zahl, in der sie ganz hinter den täglichen Dienst und die Verwaltungstätigkeit zurücktreten muß. In Wirklichkeit ist aber nicht einzusehen, warum nicht der bessere Anstaltsarzt der sein sollte, der neben seiner Berufsarbeit auch die wissenschaftlichen Grundlagen der Psychiatrie zu fördern bemüht ist. Jedenfalls wird er dadurch vielerlei Anregungen und Freude für seinen Beruf erhalten. Es gibt viele Fragen, die nicht oder nur viel schwerer in den Kliniken gefördert werden können als unter Benutzung des reicheren und stabileren Materials großer Anstalten. Dann würde sich allmählich wieder eine innigere Beziehung zwischen Wissenschaft und Praxis in der Psychiatrie anbahnen, die wir heute vielfach vermissen, und die sicherlich beiden Teilen von Nutzen sein und eine raschere Lösung der Aufgaben ermöglichen würde, die uns für die nächsten 25 Jahre bevorstehen."

Möchten doch diese an die Kollegen gerichteten goldenen Worte *Alzheimers* den lebhaftesten Widerhall finden! Er durfte diese Worte



schreiben, verkörpern sie doch sein eigenes Beispiel während einer 14jährigen emsigen Anstaltstätigkeit. Was er in diesen schlichten Sätzen sagt, ist der Wunsch und die Hoffnung, daß die ruhmvolle Tradition der alten Anstaltspsychiatrie fortgeführt werde.

Freilich haben sich die Verhältnisse in den letzten Jahrzehnten wesentlich geändert. Durch die Errichtung der psychiatrischen Kliniken ist die Führung in den wissenschaftlichen Fragen auf diese übergegangen. Andrerseits haben die Irrenanstalten einen immer größeren Umfang angenommen, ja solche Umfänge, daß es ihren Leitern bei der außerordentlichen Häufung der Verwaltungsarbeit und der ärztlichen Inanspruchnahme in so großen und vielseitigen Betrieben fast unmöglich ist, für wissenschaftliche Arbeit Zeit zu erübrigen. *Alzheimers* Worte richten sich daher in erster Linie an die jüngeren Kollegen. Wenn ich an sein leuchtendes Vorbild erinnere, so weiß ich sehr wohl, daß nicht in jedem Anstaltsarzt ein *Alzheimer* steckt, und daß nicht jeder Irrenanstaltsdirektor auf die klinische Durcharbeitung des Krankenmaterials und auf die wissenschaftliche Förderung seiner Ärzte so bedacht ist, wie das in der Frankfurter Anstalt der Fall war. Auch soll nicht verkannt werden, daß leider die meisten großen Anstalten weitab von wissenschaftlichen Zentren liegen, so daß auch von außen her auf den Zufluß wissenschaftlicher Anregungen nicht zu rechnen ist.

Und doch müßte sich gerade in den ganz großen Anstalten ein Weg finden lassen, den Wunsch *Alzheimers* zu verwirklichen. Warum sollte in solchen Anstalten nicht eine wissenschaftliche Kraft angestellt werden können, welche die jüngeren Kollegen zu wissenschaftlicher Tätigkeit anzuregen und darin zu unterweisen hätte? Die Schwierigkeiten eines solchen Weges liegen ganz gewiß nicht in der Vermehrung der Kosten, denn die Verwaltungsbehörden haben wahrhaftig das größte Interesse, das Niveau ihrer Anstaltsärzte zu heben und zu wünschen, daß diese in ihrer praktischen Tätigkeit die richtige Befriedigung finden. Die Schwierigkeiten liegen vielmehr in der Auswahl geeigneter Persönlichkeiten, in der Abgrenzung ihrer Kompetenzen gegenüber dem Leiter der Anstalt und in der Gewohnheit, nur Ärzte anzustellen, die aus Anstalten des gleichen Verwaltungsbezirks hervorgegangen sind. Sollten diese Schwierigkeiten bei gutem Willen unüberwindlich sein? Aus den Ärzten der Kliniken würden sich wohl Persönlichkeiten finden lassen, die das Zentrum für die wissenschaftliche Tätigkeit in den großen Anstalten zu bilden imstande sein würden. Ganz bescheidene Anfänge sind ja in dieser Richtung schon gemacht. *Alzheimer* hat es nicht mehr erlebt, daß einer unserer gemeinschaftlichen Freunde eine solche Stelle erhalten hat.

Als *Alzheimer* sich 1902 um das Direktorat einer Landesanstalt bewarb, entführte ihn *Kraepelin* der Anstaltspsychiatrie. Nachdem ich in Frankfurt mit ihm 7 Jahre lang zusammengearbeitet hatte, führte uns das Schicksal noch einmal in Heidelberg zusammen. Durch die Berufung

Kraepelins nach München wurden wir bereits nach einem halben Jahre wieder getrennt. *Alzheimer* siedelte mit *Kraepelin* im Herbst 1903 nach München über, wo er sich 1904 habilitierte. Er leitete hier das große anatomische Laboratorium der neuen Klinik bis zu seiner 1912 erfolgten Berufung nach Breslau. Schon bei der Übersiedlung nach Breslau befiel ihn eine schwere septische Erkrankung, von der er sich nie mehr ganz erholte. Obwohl er selbst fühlte, daß seine Körperkraft gebrochen war, arbeitete er unermüdlich weiter. 1913 besuchte ich ihn in Wiesbaden, wo er sich wegen seiner Herzbeschwerden ärztlich behandeln ließ. Als er auf der Heimreise durch Heidelberg kam, konnte ich mich innig über seine Erholung erfreuen. Es war die letzte Begegnung. Der Weltkrieg brachte ihm ein vermehrtes Maß von Arbeit. Er wollte aber von Schonung nichts wissen und aushalten, solange es ging. Im Oktober 1915 wurde er bettlägerig. Ende November entwickelte sich ein urämischer Zustand mit wachsender Atemnot, von dem ihn, den erst 52jährigen, am 19. Dezember 1915 der Tod erlöste.

So still und einfach sein Leben dahingeflossen ist, so prunklos war sein Leichenbegängnis. Er hatte es sich verbeten, daß an seinem Grabe gesprochen würde. Am 23. Dezember begleiteten wir den unvergeßlichen Freund zur letzten Ruhestätte. Er wurde nach seinem Wunsche auf dem Frankfurter Friedhof an der Seite seiner ihm viele Jahre vorangegangenen Gattin bestattet, mit der es ihm nur wenige Jahre beschieden war, in glücklichster Ehe vereint zu sein.

Der Art seines Wirkens als Anstaltsarzt, als akademischer Lehrer und Forscher entsprach seine Persönlichkeit. Er war eine ausgeglichene Persönlichkeit. Eine Reihe schönster menschlicher Eigenschaften vereinigten sich bei ihm zu einer seltenen Harmonie: absolute Zuverlässigkeit, Hilfsbereitschaft, Selbstlosigkeit, Menschenliebe, Gemütstiefe, natürliche Einfachheit, gepaart mit vornehmem Denken, dabei eine herzerquickende Fröhlichkeit, und anderseits eine ihn nie verlassende köstliche Ruhe kennzeichnen sein Wesen als Mensch. Nicht allzu selten pflegt man Verstorbenen Eigenschaften nachzurühmen, die während des Lebens nicht beobachtet werden konnten. Bei *Alzheimer* weiß ich, daß alle, die ihn kannten, mir rückhaltlos zustimmen. Seine Angehörigen und jene, deren persönlicher Freund er war, bestätigen die Worte *Gaupps*: „Unser Leben ist ärmer, um uns ist es kälter geworden, als wir ihn in Frankfurt zu Grabe trugen."

Franz Nißl.

Frotscher †. — Am 15. September dieses Jahres starb im Sanatorium Wehrawald bei Todtmoos der Oberstabsarzt d. R. Dr. *Rud. A. Frotscher*, bis zum 1. Juli dieses Jahres tätig gewesen am Kgl. Reservelazarett in Speyer und in seinem Zivilberuf Oberarzt an der Landesirrenanstalt Weilmünster in Nassau.

Die psychiatrische Literatur der Jahre 1908—1913 verdankt dem Verstorbenen eine Reihe wertvoller Aufsätze; die beamteten Ärzte des Bezirksverbandes Wiesbaden verlieren in ihm einen geraden und aufrichtigen Kollegen, voll von sittlichem Ernst und kollegialen Gefühlen, gleich anregend als Gesellschafter wie als Psychiater, die Kranken einen wohlwollenden Abteilungsarzt, der Stand der praktischen Ärzte in ihm, der selber 15 Jahre lang frei praktiziert hatte, einen ständigen, noch als er bereits zweiter Oberarzt war, warmen Vorfechter, der sowohl die Ideale wie die Miseren des Medicus practicus durch und durch kannte.

Ein treues Andenken bei allen, die ihn dienstlich oder außerdienstlich als Mensch und als Arzt kennen gelernt haben, wird ihm sicher sein!

Wern. H. Becker-Herborn.

Personalnachrichten.

Dr. *Ferdinand Hügel*, Oberarzt der Kreisanstalt Klingenmünster, ist zu deren Direktor,

Dr. *Amandus Menche*, Abt.-Arzt der Landesanstalt Hildburghausen, zum zweiten Arzte daselbst,

Dr. *Emil Kräpelin*, Prof. in München, zum Geh. Hofrat,

Dr. *Ewald Stier*, Priv.-Doz. in Berlin,

Dr. *Otto Klieneberger*, Priv.-Doz. in Königsberg, und

Dr. *Werner Runge*, Priv.-Doz. in Kiel, zum Professor ernannt worden.

Dr. *Amandus Bott*, Direktor der städtischen Anstalt St. Getreu in Bamberg, und

Dr. *Georg Laehr*, San.-Rat in Schweizerhof, haben die Rote Kreuz-Medaille 3. Klasse,

Dr. *Karl Oßwald*, Med.-Rat, Direktor der Landesanstalt Gießen, das Hessische Militärsanitätskreuz am Bande der Tapferkeitsmedaille,

Dr. *Albert Wagner*, Med.-Rat, Obercrzt derselben Anstalt,

Dr. *Ludwig Alefeld* und

Dr. *Edgar Michaelis*, Ass.-Ärzte der Klinik in Gießen, das Hessische Militärsanitätskreuz am Friedensbande erhalten.

Dr. *Fritz Selle*, San.-Rat, Direktor der Landesanstalt Neuruppin, ist am 21. September,

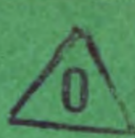
Dr. *Hans Kurella*, Nervenarzt in Kudowa, nach der Rückkehr aus dem Felde in Dresden am 25. Oktober, 58 Jahre alt, gestorben.

Dr. *Paul Przedownik*, Oberarzt in Lüben, ist auf dem Felde der Ehre als Bataillonsarzt gefallen, und ebenso ist

Dr. *William Kölle*, seit 1913 Besitzer und Leiter des früher Dr. *Rehm*schen Sanatoriums in Blankenburg a. H., Inhaber des Eisernen Kreuzes, am 30. September im 37. Lebensjahre als Bataillonsarzt eines Res.-Inf.-Reg.s durch einen Granatschuß getötet worden.

Dr. *V. Magnan*, früher am Asile Sainte Anne in Paris, ist, 80 Jahre alt, gestorben.





ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BONHOEFFER BERLIN UND **KREUSER** WINNENTAL

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

DREIUNDSIEBZIGSTER BAND
ZWEITES U. DRITTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 13. MÄRZ



BERLIN W. 10
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1917

Preis des Bandes von 8 Heften (6 Hefte Originalien und 2 Hefte Literaturbericht) 32 Mark.


Heilanstalt Pützchen gegenüber Bonn am Rhein
Privat-Heil- u. Pflegeanstalt für Nerven- u. Gemütskranke der gebildeten Stände. 3 Ärzte.
Telefon № 229 Amt Bonn ••• Dr. A. Peipers, leitender Arzt und Besitzer

Über unklares Denken und Pseudologie bei Verhältnisblödsinn[1]).

Von

Dr. **Joh. Ben. Jörger,** I. Assistenzarzt der Klinik.

1914 hat *Bleuler* in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie den Begriff des „Verhältnisblödsinns" aufgestellt und ihm an Hand einiger Fälle die kasuistische Grundlage gegeben. Im gleichen Hefte der Zeitschrift gab *Lothar Buchner* einen klinischen Beitrag zur Lehre *Bleulers*, nach welcher ein Mensch verhältnisblödsinnig ist durch ein ungünstiges Verhältnis verschiedener psychischer Eigenschaften unter sich, oder „wenn Triebe dem Verstand Aufgaben stellen, denen dieser nicht gewachsen ist, während er unter gewöhnlichen Verhältnissen genügen würde".

Die vorliegende Arbeit soll nun einen Beitrag zur Vermehrung des klinischen Materials bilden und einige weitere Fragen zur Diskussion stellen.

1. Der Doktor Zett, Moritz[2]), geb. 1892, stammte aus einer einfachen Familie, der Vater war Feinmechaniker, die Mutter verdiente mit Waschen und Putzen etwas Taschengeld, eine Schwester war Bureaulistin und ein Bruder Eisenbahnangestellter. Über hereditäre Belastung war nichts zu eruieren.

Pat. wuchs seinen Verhältnissen entsprechend auf, war angeblich in der Schule ordentlich, wurde wohl als Jüngster von Hause aus etwas verwöhnt. Nach der Schulzeit trat er bei einem Zahntechniker in die Lehre, der seine Leistungen „als ausnahmweise gute" bezeichnete, der sagen mußte, „daß Zett sehr viel Talent sowie außerordentliche Fähigkeiten besitze und auch mit einer großen Intelligenz begabt ist". Ander-

---

[1]) Aus der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich: Prof. Dr. *E. Bleuler.*

[2]) Es handelt sich natürlich hier wie später um Decknamen.



seits aber, schrieb der betreffende Zahnarzt, leide der junge Mann an „Größenwahn" und besitze eine Kunst, „ganz hervorragend lügen zu können".

Nachdem Zett 2½ Jahre Praxis getrieben, verwirklichte er seinen alten Plan, „Doktor zu werden", und ging im Herbst 1911 nach München, um dort zu studieren. Objektiv nachzuweisen war, daß er in einem Hotel I. Ranges wohnte und 11 000 M. einbezahlt erhielt. Er lebte als „Doktor Zett" auf ziemlich großem Fuße und war öfter verreist. Ende Februar 1912 verließ er München, und die restierende Rechnung von 1420 M. bezahlte später der Vater.

Im Oktober 1912 war Zett in seiner Vaterstadt und erhielt 5 Tage Gefängnis und 30 M. Geldbuße wegen Führung falschen Titels. Er war als „Dr. Zett" aufgetreten.

Ende des Monats reiste er nach Paris, um dort seine Studien weiterzubetreiben, wohnte im Hotel, pumpte Geld, schrieb falsche Schecks, so daß Klage erhoben wurde.

Er lebte offenbar auch dort auf hohem Fuße, machte z. B. über die Winterfeiertage einen Sportausflug nach Davos, wo er großartig auftrat, aber nicht entsprechend bezahlte.

Mit Semesterschluß zog er von Paris fort, fand es offenbar für angezeigt, inkognito zu Hause zu bleiben, bis er im Juni 1913 nach Zürich kam. Hier war er bei einem Zahnarzt als Techniker beschäftigt, gerierte sich als Dr. Zett, übte als solcher unerlaubterweise ärztliche Praxis aus und wurde im Dezember 1913 verhaftet, weil er sich wiederholten Betruges, Unterschlagung und Diebstahls von ca. 4900 Franken schuldig gemacht hatte.

Zum Schlusse kam Zett ins Burghölzli zur Begutachtung, und es sei nun das obige objektiv dargestellte Tatsachengeripppe nochmals im Sinne des Exploranden mit den nötigen Randbemerkungen dargestellt.

In den Akten sowie in der Klinik schilderte Zett mündlich und schriftlich mehrfach seinen Lebensgang. Nach seinen Angaben war sein Vater Direktor von Maschinenfabriken in Moskau und Nancy — wo er in Wirklichkeit als Arbeiter gewesen war — und hatte nach Verlust seines Vermögens sich in seine Vaterstadt zurückgezogen, bald als leitender Direktor der Maschinenbaugesellschaft, bald als Abteilungschef oder auch nur als Vorarbeiter oder Feinmechaniker. Entsprechend diesen Angaben passierte es Zett auch sehr leicht, von der Sommervilla seiner Eltern in Luzern zu berichten, und sah er sich einmal veranlaßt, wie in den Akten beschrieben wurde, einem Gaste anläßlich eines Besuches eine fremde Villa mit der Dienerschaft als die seines Vaters vorzuzeigen.

Entsprechend dem Vater gab Zett seine Mutter als aus einer alt eingesessenen, ehemals reich begüterten Familie der Vaterstadt stammend an, die, „sowohl die Stellung ihrer Familie als auch ihre angenehme musikalische Bildung zur gefeiertsten Dame der Stadt stempelten".

Es genossen darum er und seine Geschwister die vorzüglichste Er-



ziehung, die Kinder der ersten Kreise waren gewohnt gewesen, ihm, dem Moritz Zett, zu gehorchen. Es wurde auch sein Bruder nicht nur Eisenbahnangestellter, wie die trockene Wirklichkeit ergab, sondern Ingenieur, Reserveleutnant eines Unterseebootes, später Vize-Korvettenkapitän, und die Schwester Dr. phil., Inhaberin eines Anwaltbureaus (sic!).

In München als Student habe Zett hauptsächlich Chemie bei Exzellenz v. Baier studiert, nebenbei zahntechnische Ateliers besucht und gesellschaftlich in den ersten Kreisen Münchens verkehrt. Die Kosten sollte ein von ihm erfundener „Apparat für chirurgische und zahnärztliche Zwecke" decken, der tatsächlich von ihm konstruiert und von einer Firma hergestellt worden war, aber nicht die erhofften jährlichen 25 000 M. einbrachte, da er seiner Unvollkommenheit wegen nur ein kurzes Leben hatte. Nach allem handelte es sich wohl um ein beweglicheres Modell schon bestehender Apparate.

Zett ließ sich aber trotz der etwas getäuschten Erwartungen nicht nehmen, ein recht teures Semester zu genießen. Er wohnte, wie schon berichtet, in einem Hotel I. Ranges, hatte ein Zimmer, das täglich 8 M. kostete. Seine Monatsrechnung habe sich auf ca. 1400 M. belaufen, und da er als Sohn eines steinreichen Fabrikanten gegolten habe, fühlte er sich mit Recht verpflichtet, nebst den Hotelausgaben sonst noch viel Geld zu verbrauchen.

Bei ihm habe man auf Ehrenwort pumpen können. Nicht nur Offiziere und Studenten hätten das benutzt, sondern daneben habe er auch arme Talente, z. B. einen Heldentenor, reichlich unterstützt. 300—400 M. an einem einzigen Abend in Freundes- oder Künstlerkreisen auszugeben, sei für Zett ein leichtes gewesen. 4000 M. hätten mindestens die meist à fonds perdu ausgeliehenen Gelder betragen, und da die Fama wohl reichlich für den wachsenden Ruhm seines Besitzes sorgte, hätte er, wie er berichtete, bald Grafen, Barone, Rittergutsbesitzer und sogar arg verschuldete Sprößlinge aus fürstlichen Geschlechtern zu den Freunden und Klienten seines allzeit offenen Geldbeutels gezählt.

Zett hat natürlich auch Sport getrieben; bei einem Pferderennen gewann er den ersten Preis, bezahlte ihn aber mit dem tot hinfallenden kostbaren Pferde. Den Wintersport in Berchtesgaden dokumentierte er uns mit einer Postquittung von der Post in Garmisch.

Die Strapazen des Semesters in München will Zett durch eine Orientreise nach Konstantinopel unterbrochen haben. Er habe damals einen wunderschönen Pudel besessen, den er sich verpflichtet fühlte, nach Wien zu einer Hundeausstellung zu bringen. Von da ergab sich dann der Abstecher nach dem Orient leicht, zumal er in Gesellschaft eines Legationsrates der französischen Gesandtschaft dort habe hinreisen können.

Von der Reise zurück, studierte Zett noch bis April in München, kehrte dann nach Hause zurück, wohin auch allmählich recht viele Rechnungen nachgefolgt seien, die der Vater alle aus seinen Ersparnissen

bezahlt habe, ohne freilich zu wissen, daß der Sohn schon 15 000 M. ausgegeben hatte, die Früchte seiner Erfindung. Er hat auch, wie oben berichtet worden, nachweislich per Post 11 800 M. bezogen.

Zu Hause trieb Zett bei einem Zahnarzt Praxis, pumpte, lebte im Münchner Stile weiter, empfing Freunde und Bekannte, aufs gastfreundlichste sie bewirtend, reiste mit „Schwesterlein" herum und habe sich nebst eifrigen Vorbereitungsstudien für die Ecole dentaire in Paris auch mit Spiritismus und Okkultismus abgegeben.

Im Oktober 1912 mußte Zett wieder nach München reisen, „pour disputer sa thèse". Hocherfreut begrüßten kurze Zeit darauf die guten Eltern ihren Sohn als „Doktor", der hohe Lohn für seinen eisernen Fleiß! Hatte man ihn doch oft nachts 3, 4 Uhr von seinen Büchern weg zu Bett schicken müssen!

Die Dissertation trug den Titel: „Beiträge zur Emanationstherapie oder zu der vom Radium ausgehenden Emanation und der induzierten Aktivität. Ihre Wirkung und Anwendung in der Heilkunde."

Sie war seinem lieben „Schwesterlein" gewidmet und prangte mit dem Motto:

„Wer da fährt nach hohem Ziel,
Lern' am Steuer ruhig sitzen,
Unbekümmert, ob am Kiel
Lob und Tadel hoch aufspritzen."

Am Schlusse der Arbeit steht ein Curriculum vitae in lateinischer Sprache abgefaßt, in dem er berichtet, daß er sich „potissimum chirurgiae singulari et cynaecologiae" gewidmet habe. — „Postea vere veniture medicinae me dederem et Universitatem Friburgum pertinerem; ibi propter studiis medicis etiam philosophiam audirem maxime allicerem me pro spychiartria. Novembero MCMXI Universitate Monacensis semestrum nonam contegerem, et ibi nosocomio feminae cum medicus voluntarius recipebar. Hic usque fini semestris decimae permanerem. Junio MCMXII examen rigorosum consiterem." (Sic!)

Es fehlte auch nicht die Genehmigung der medizinischen Fakultät in München, nachdem Prof. Dr. Max Ritter von Gruber über das Opus referiert hätte. Dieses habe auf eifrigem Studium der einschlägigen Literatur und auch auf Vorlesungen der Mme. Curie gefußt, die er im Juli 1912 anläßlich eines Besuches in Paris gehört habe.

Die Früchte seines Aufenthaltes in München waren nun aber nicht nur die Doktorpromotion, sondern auch die Bekanntschaft mit einem Baron v. Zerberg. Diesen hatte Zett eines Nachts um 1 Uhr von einer Bubenbande jämmerlich verprügelt zu sich ins Hotel in Pflege genommen. Zerberg zeigte sich sehr erkenntlich für diesen Liebesdienst christlicher Barmherzigkeit; zahlreiche Besuche, gegenseitige Geldgeschäfte und Darlehen in München dokumentierten dies, und kurze Zeit darauf auch der

Besuch des Barons in der Vaterstadt Zetts, gerade als dieser im Begriffe war, nach Paris ins Semester abzureisen. Zett verschob dies nun, empfing seinen Gast standesgemäß im ersten Hotel seiner Stadt. Unglücklicherweise mußte aber die Polizei gerade auf die Idee kommen, sich nach den Adelspapieren des Herrn Baron v. Zerberg erkundigen zu wollen, und sie schrieb nach eingehender Prüfung diese Titel auf einen höchst einfachen bürgerlichen Namen zurück und fand es angezeigt, auch Zett wegen Führung falschen Doktortitels die oben erwähnte Strafe zuzudiktieren.

Nach diesem unerfreulichen Intermezzo reiste Zett im Oktober nach Paris. Er zitiert eine bunte Menge von Vorlesungen, die er alle besucht habe, ohne aber nebenbei den Sport, Studien über Okkultismus und spiritistische Phänomene und Reisen zu vergessen.

Auf der Rückfahrt nach einem angeblichen Aufenthalt in London will er sich mit einer ebenfalls nicht nachgewiesenen reichen Amerikanerin verlobt haben, die er später in Wiesbaden, Zürich und Rotterdam noch getroffen haben wollte. 3 Millionen sollte die Morgengabe sein, aber dazu eine fabelhafte Verschwendungssucht, so daß Zett es für besser befunden habe, sich von der reichen Braut loszusagen.

Im Januar 1913 reiste er zum erwähnten Kuraufenthalt in Davos. Er war wirklich dort in Begleitung einer Dame, die als „Schwiegermutter" figurierte, und mit der er auf Kosten des Concierge kostspieligen Sport betrieb, täglich ausritt und vierspännig ausfuhr. Zum Schluß aber ließ er einen Teil speziell der Rechnungen des Concierge unbeglichen und zog sich wieder mit unbekannter Adresse nach Paris zurück.

In Paris will Zett auch die Gründung der „Nobles lettres de France" in Szene gesetzt haben. Objektiv sprach nur ein Brief mit Titelkopf für deren Existenz. Die berühmtesten Mitglieder der Academie française und eine Menge hochtönender Namen aus den ersten Kreisen der Gesellschaft waren auf diesem als Mitglieder verzeichnet, und Zett wollte den Kardinal-Erzbischof Amette dafür interessiert haben. Es sollte eine literarische Zeitschrift sein, deren administrative Leitung „docteur Zett" zu übernehmen hatte. Das ganze Unternehmen aber zerschellte angeblich am Mangel von 10 000 Fr., die der administrative Directeur nicht habe einzahlen können.

Nicht nur diese Enttäuschungen, sondern die schon erwähnten gerichtlichen Scherereien wegen unbezahlter Rechnungen ließen es Dr. Zett angezeigt finden, auf Ostern nach Hause zu kehren und sich dort inkognito bis Juni 1913 aufzuhalten, in welchem Monat er sich nach dem gastfreundlichen Zürich wandte.

Er nahm hier Stellung bei einem Zahnarzt. Er hatte sich als „Zahnarzt Zett" präsentiert, der noch etwas Praxis zu machen wünschte, dann das Staatsexamen bestehen, sich verheiraten und dem Prinzipal das Geschäft abkaufen wollte. Auf das Gehalt verzichtete er generös, weil er, wie er dem Prinzipal angab, es nicht nötig habe, wie er uns berichtete,



weil er mit nur 200 Fr. nichts hätte anfangen können. Nach den Angaben des Prinzipals verstand er gewisse Sachen wirklich sehr gut zu machen, andere aber gar nicht. Er sei sehr unregelmäßig ins Geschäft gekommen, sei oft Tage weggeblieben, weil er im Kantonspital, wo er nebenbei Assistent zu sein angab, sehr viel mit Operationen beschäftigt gewesen sei. Ein eifriges Telephonieren in die chirurgische Klinik dokumentierte diese Beschäftigung bestens, die in Wirklichkeit nur in der Phantasie Dr. Zetts existierte.

Zett hatte bei seinem in Zürich wohnenden Paten Wohnung genommen. Er hatte sich bei diesem als Dentist mit Doktorgrad des Pariser Instituts Pasteur ausgegeben, berichtete, wie er auf der „Kronprinzessin Cecilie" nach Amerika fahren werde, und demonstrierte auch die diesbezüglichen Billette; er erzählte vom demnächst zu bestehenden Staatsexamen in Zürich, von seinem Patent, seinem großen Honorar von 500 Fr. monatlich, zahlte selbst aber Zimmer und Pension sehr unregelmäßig.

Zett, der im Anfange seines Aufenthaltes in Zürich nach eigenen Angaben und auch nach den Bestätigungen seines Paten sehr solid lebte, ein „Modell der Tugend" war, machte sehr bald Bekanntschaften. Darunter die eines Pastors, dem „Dr. med. Zett" in kurzer Zeit sympathisch durch die religiösen Gespräche wurde, die er führte, und durch den Standpunkt, den er dabei einnahm. Obwohl vieles, was er behauptete, sehr unwahrscheinlich gewesen sei, so interessierten doch die Gespräche über Okkultismus, Magie und Spiritismus den guten Pastor; es schien ihn zu bestechen, daß das Geld, das Zett durch gewisse Manipulationen hervorzaubern wollte, wohltätigen Zwecken zugewendet werden sollte, und auch die Absicht, Edler von Zollstein zu werden, um im titelsüchtigen Frankreich mehr Erfolg zu haben, schien ihm berechtigt. Natürlich gingen nebenher die Berichte von den väterlichen Reichtümern, dem 30 000fränkigen Semester in München, von der Schwiegermutter in Davos usw.

Jeder auftauchende Zweifel von der Echtheit des Dr. Zett zerfiel jeweilen dem frommen Herrn bei den Operationen, zu denen ihn Zett einlud, und die er jeweilen „absolut kunstgerecht und mit sicherer Hand" vornahm. Wir werden in anderem Zusammenhang sogleich darauf zurückkommen.

Dr. Zett kam nun leider bald nach der Bekanntschaft mit dem Herrn Pastor durch einen fälligen Wechsel aus der Münchner Studienzeit in etwelche Geldverlegenheit, und da der Herr Pastor beim Reichtum seines Bekannten wohl nichts zu fürchten brauchte, half er gern aus den momentanen Nöten und gab 750 Fr. Es entstanden dann aber Schwierigkeiten mit der Rückerstattung, entweder war Zett nicht zu sprechen, oder es war der Herr Pastor gerade verreist, wenn Zett das Geld bringen wollte, oder es nahm eine Ehrenschuld vom Spieltisch den Betrag in Beschlag, oder auf der betreffenden Bank, auf welche der Wechsel lautete, war eben das Konto ausgegangen, so daß die geistliche Langmut und Geduld des Pfarrers sehr hart auf die Probe gestellt wurde.



Auch bei seinem Paten und Logisherrn waren allmählich allerlei Schwierigkeiten wegen des Zahlens entstanden. Zett vertröstete immer, berichtete von seinen großen Ausgaben. Das „Modell von Tugend" war flatterhaft geworden, es blieb häufiger bis Mittag zu Bett, arbeitete wenig, mußte sich von seinen Gelagen und Champagnerschmausereien erholen und auch auf Reisen gehen.

Dabei wollte Zett seine amerikanische Millionenbraut getroffen haben, und die Sorgen seines Paten nach den unbezahlten Pensionsgeldern wurden mit Einladungen nach Amerika, mit Versprechungen von Fabrikgründungen usw. beschämend zurückgedrängt. Den positiven Beweis für alles lieferte ein Telegramm aus Montreal, wohin sich angeblich die Braut aus Philadelphia begeben, des Inhaltes: „Lettre reçue, vous serez accepté. Dubeau." Überzeugender konnte der Beweis nicht sein.

Ende August verreiste das liebe Patenkind schnell nach Paris, es waren Briefe einer Sängerin angekommen, er mußte noch schnell ein Examen bestehen und einen Prozeß wegen einer sehr teuren Linse verfechten. Als er zurückkam, brachte er die Kunde, er habe das Examen glänzend bestanden und erwarte nun das „blaue Band der Legion d'honneur". Da kamen natürlich seine Logisgeber aus dem Staunen nicht heraus.

Auf diese Reise nach Paris nahm Zett aus dem Atelier seines Prinzipals einen jungen Zahntechniker mit, dem er schon lange seine Gunst geschenkt hatte, da er ganz arm und mittellos und von zu Hause verstoßen war, von dem Zett sagte: „er sah aus wie eine Leiche". Dem jungen Menschen wollte Zett in Paris eine Stelle nach Holland vermitteln und ihn selbst hinbringen. Sie stiegen in einem Hotel in Paris ab. Zett hatte auch einen odontologischen Kongreß zu besuchen, der 5 Tage dauerte, dann einen Ball der Internes des hôpitaux und zudem Geschäfte für die „Nobles lettres de France" zu erledigen. Der Mann der Patientin Zetts, von der wir sogleich berichten werden, hatte für die Reise in Zürich schon 600 M. und 300 Fr. bezahlt, telegraphisch schickte er dann noch 250 Fr. nach Paris, und als trotzdem das Geld bald ausging, ließ Dr. Zett seinen Schützling quasi als Bürgen im Hôtel zurück, versprach baldigst Geld zu senden und verschwand. Den armen Jungen spedierte man dann aber als unbrauchbar nach einiger Zeit per Schub nach Zürich zurück.

Hier hatte unterdessen Dr. Zett das Atelier seines Prinzipals verlassen und sich hauptsächlich auf seine Privatpraxis verlegt. Es war dies eine operative Tätigkeit, die er an einer Klientin seines zahnärztlichen Meisters, an deren Mutter und Tochter, vornahm.

Da er das Recht zu praktizieren nicht hatte, verzichtete er von vornherein auf Honorar oder Geschenk, hingegen nahm er 640 M. Vorschuß auf einen zu bestellenden Apparat, der sich aber in der Folge nach dem vorzüglichen Resultat der Operation nicht mehr als nötig erwies. Es hatte sich um eine teilweise Entfernung des Nasenknorpels mit Naht und Ver-

schluß eines Verbindungsganges der Nasenscheidewand gehandelt. Alles war kunstgerecht gemacht, die Narkose war von der Patientin verlangt worden, ein Stud. med. im ersten Semester und der Herr Pastor assistierten, und der Ehemann hatte seine schriftliche Einwilligung gegeben.

Dr. Zett ließ sich im Oktober, nachdem er das Geld für die Pariser Reise erhalten, für den Ankauf von Instrumenten 200 Fr. leihen und bald darauf 200 M. und 150 Fr. Im November weitere 200 M., die zur Einlösung eines Wechsels dienen sollten. Er hatte ihn angeblich bei seinem Besuch in Paris unterschrieben anläßlich eines Krankentransports Paris—Zürich, hervorgerufen durch ein Duell. Gern gab ihm seine dankbare Patientin in der Zwischenzeit noch eine Reihe kleinerer Beträge, und anfangs Dezember sollte sie für die Kosten einer Expedition nach Venezuela zur Erforschung von medizinischen Pflanzen 10 000 Fr. bezahlen.

Nun, Dr. Zett hatte sich auch wirklich Mühe gegeben; abgesehen von der Nasenoperation in 2 Sitzungen, wurde die Schwiegermama am linken Augenwinkel operiert, und auf dem rechten Backen von einer Drüse befreit. Die kleine Tochter wurde von einem schmerzhaften Karbunkel am Schlüsselbein erlöst, und zum Schlusse kam die Mama wieder an die Reihe, der Dr. Zett aus der Mittellinie der Bauchwand ein „Atherom“ entfernte, das er hocherfreut dem Eheherrn als „Eierstock“ präsentierte, an dem speziell der eigentümliche Geruch mächtigen Respekt einflößte. Nachkuren mit Spülungen verschiedenster Art waren natürlich notwendig, auch eine kleine Schlußoperation, die aber dann durch das Einschreiten der Polizei leider unangenehm unterbrochen und gestört wurde.

Durch seine Finanzoperationen mußten nebst seinem Prinzipal noch verschiedene Leute mit kleineren Beträgen bluten. Auch blieben eine Reihe von Rechnungen unquittiert, vor allem die bestellten chirurgischen Instrumente im Betrage von 654 Fr.

Moritz Zett trat am 6. 3. 1914 ins Burghölzli ein, er hatte etwas von einem Hochstapler an sich, sah elegant aus, benahm sich wie ein Mann von Manieren und berichtete gleich in leisem, schnellem Ton, daß man anfänglich Verdacht auf Abtreiberei gehabt habe, daß es sich aber nur um Betrug handle, den er auch zugebe.

Körperlich hatte Zett nichts Auffälliges, an seinem Tun und seinem Benehmen war nichts auszusetzen. Mit seinen langen, schlanken Händen begleitete er die meist prompten Antworten und recht schlagfertigen und gewandten Reden, die er ohne Mühe deutsch und französisch führen konnte.

Aus allen Zeugnissen und Aussagen, die für die Untersuchung zu sammeln waren, ging einstimmig hervor, daß Zett als sehr intelligenter Mensch imponierte. Dies zu erscheinen gelang ihm offenbar leicht, denn mit seinem tadellosen Benehmen und seiner großen Wortgewandtheit verstand er ausgezeichnet eine Unterhaltung zu leiten und in Fluß zu erhalten. Kam man auf einen Gegenstand zu sprechen, der ihm nicht geläufig war, so pflegte er geniert einen Augenblick den Mund zusammen-



zuziehen, im nächsten Augenblick war aber die Antwort gefunden, und sie wurde mit einer geschickten Handbewegung überzeugend gemacht und vorgebracht.

Es zeigte sich aber recht bald, daß hinter der Fülle der sprudelnden Worte sich nur ein sehr kleines Häufchen wirklichen Wissens eingehüllt in einen großen Ballast von unklaren Begriffen versteckt hielt.

Er verfaßte in der Klinik eine Lebensgeschichte von 36 Folioseiten, wovon 32 Seiten die Erlebnisse bis zu seiner Münchener Zeit beschreiben. Der Stil ist schwulstig, bandwurmartig, gespickt mit unverstandenen Fremdwörtern und banalen Zitätchen und Phrasen.

Er schreibt z. B.: „Es hätte für mich nicht des Engels mit dem feurigen Schwert bedurft, ich wäre aus freien Stücken wieder fortgegangen (aus Frankreich), fort in das liebe Elsaß, in seine Berge, in die Vogesen zurück. — Das charakteristische, monotonische Provinzialleben Frankreichs trat im Vergleich zu andern Städten in dieser Stadt (Nancy) nicht so eigentümlich zutage; da Nancy eine Reihe von Vorzügen aufweist, die da wären, daß Nancy zuerst einmal Universitätsstadt ist, zweitens aber auch eine Menge Museen besitzt, die für Frankreich sowohl von künstlerischem als von historischem Wert sind, und drittens einen Reichtum von gebildeten Bewohnern, deren Vermögen, Rang, Titel, Würden, Orden und dergleichen in ganz Frankreich bekannt sind, die aber bezüglich der Rücksichten der allgemeinen Gesellschaft untergeordnet sind, daher erklärt das kleinstädtische und kleinbürgerliche Gepräge der Stadt."

Einfache Rechnungen löste Zett sehr schnell und prompt. Er hatte aber schon große Schwierigkeiten, einen gemeinen in einen Dezimalbruch zu verwandeln, bei Bruchrechnungen versagte er, und er war z. B. auch nicht imstande, zu sagen, was bei der Rechnung 868 : 163 = 5,32 die Zahl nach dem Komma, 32, bedeuten sollte.

In Geschichte wurstelte er eine Menge Tatsachen unklar untereinander: Wann der 30jährige Krieg war, konnte er nicht sagen: es zeichnete sich in demselben vor allem der Kurfürst der Mark Brandenburg aus, der dadurch den Beinamen „der Große" erhielt und der die Kartoffeln nach Deutschland brachte. — „Friedrich der Große um die Zeit des 7- und 30-jährigen Krieges war ein Preußenkönig, mal erstens, und hat sehr viele Schlachten gegen Österreich und Frankreich geschlagen, z. B. gegen die Russen bei Zorndorf." „1640—46 war der 7jährige Krieg, er riß Schlesien an Deutschland unter Maria Theresia."

„Das Mysterium von Christus kann man nicht fassen. Ein Mysterium ist ein verschleiertes Geheimnis, eine Sache, in die das Licht der Wissenschaft noch nicht gedrungen ist, um eine Erklärung abzugeben: Das Radium ist z. B. kein Mysterium, weil man es ganz genau kennt, da es ein Körper ist, der die Eigenschaft hat, binnen kurzem so beleuchtet zu werden, daß die Wissenschaft bestimmte Annahmen darüber abgeben kann. Ein Mysterium ist z. B. die Geburt Christi, weil man sich eine Befruchtung ohne Coitus nicht erklären kann."



Zum Staunen war sein Wissen in Geographie naiv und einfach: „Konstantinopel liegt an der Bai von Konstantinopel gegenüber einer Insel im Adriatischen Meer; Pera ist ein Stadtteil. In Sofia wohnt der Regent von Serbien.“ — Dabei wollte Dr. Zett eine Orientreise gemacht haben. — Er konnte nicht angeben, wohin man nach Italien kommt, wenn man den Weg über Graubünden nimmt. Nach einer graphisch dargestellten Skizze der Situation mußte man ihn auf Venedig stoßen, und er meinte dann Triest, die Stadt gegenüber sei Wien — Budapest — Konstantinopel, und nahm schließlich den Einwand, es sei doch Bagdad, allen Ernstes an. — „Nördlich grenzt Preußen an Schweden, Schleswig-Holstein, Dänemark, die Ost- und Nordsee. Hessen ist in Nassau, dort liegt Wiesbaden, Darmstadt liegt in den thüringischen Staaten, hat eine berühmte Hochschule, von dort aus werden Radiotelegramme geschickt. Das ist die Ausnutzung von Funkentelegraphie, es gibt verschiedene Systeme des Radiosystems, das der Schuckertwerke, das Marconi-System, das Herzsche System, durch verschiedene Apparate ausgezeichnet, im Grunde alles nur auf der Fortpflanzung der elektrischen Wellen beruhend.“

Zett war nicht imstande, auch nur annähernd einen Situationsplan, z. B. der Umgebung des Bahnhofs in Zürich oder z. B. der Ile de Paris, zu geben, er hatte keine Ahnung von der Notre Dame, die er sicher gesehen haben mußte.

Nicht weniger unklar war das Wissen Zetts auf andern Gebieten: „0 Grad ist der Mittelpunkt des Thermometers, bedeutet gleichviel Wärme wie Kälte, ist der Ausgangspunkt der Grade nach oben und unten. Es friert bei etwa 20 Grad Kälte, es kommt dabei auf die Verhältnisse des Wassers an, z. B. würde ein Waschbecken voll Wasser bei etwa — 5°, ein kleines Gläschen bei — 2° gefrieren. Es ist allgemein bekannt, daß der Gefrierpunkt unter 0° besteht.“ — Tag und Nacht entstehen durch die Drehung der Erde. Dabei wird aber das Verhältnis der Sonne zur Erdachse falsch skizziert, horizontal und vertikal verwechselt und Meridiane wie Sektoren gezeichnet.

Eine Textprobe aus seinen lateinischen Kenntnissen gaben wir bei Erwähnung der Dissertation. Die mündliche Prüfung ging noch viel schlechter. Er leistete sich z. B. einen Abscessus zygomaticum!

Was die Bedeutung von H_2O ist, wußte er nicht; über Gase und Elemente überhaupt hatte er nur ganz verschwommene Kenntnisse. Er wußte von einigen Experimenten zu berichten, hatte aber deren Bedeutung gar nicht kapiert. „Emanation ist die Vorstellung des Gases, das ist der Begriff des Wortes Emanation. Man kann dies Wort umändern zur Bezeichnung der Gase, die aus verschiedenen Quellen, Flüssigkeiten und dergleichen entsteigen. Man kann es auch auf Gespräche, Diskussionen u. a. weiter beziehen, wenn der betreffende Geist aus einer andern Partei die Vermutung emanieren läßt. Von Röntgen hat man die ganze Geschichte abgeleitet. Die Durchleuchtungskraft der X-Strahlen ist weiter

nichts als die künstlich hervorgerufene Eigenschaft des Radiums, nämlich undurchsichtbare Körper zu durchleuchten und zu durchdringen. Bei dieser Strahlung unterscheidet man verschiedene Gattungen, nämlich X-Strahlen, Kathodenstrahlen und Kanalstrahlen. Beim Radium α-, β-, γ-Strahlen, vermöge deren Kraft sie mehr oder weniger dicke Körper zu durchdringen vermögen. Röntgenstrahlen erzeugt man dadurch, daß man hochgespannte Ströme, die sich im Rhumkorff-Apparat sammeln, durch den Unterbrecher leitet und auf der Kathode und der Antikathode zum Ausbruch kommen läßt. Es ist lediglich ein elektrisches Phänomen." Mit solchem Wissen ausgestattet, hatte er sich eine Dissertation aus dem Gebiete der modernsten Chemie und Physik geleistet! Irgend etwas Brauchbares über die Lichtbrechung in einem Linsensystem wußte Dr. Zett nicht vorzubringen, obschon er auch einen Beleuchtungsapparat erfunden hatte.

Weder graphisch noch mündlich konnte er die Lage einer Gebärmutter darstellen, trotzdem er eine Ovariektomie vorgespiegelt hatte, und selbst über die Anatomie der Zähne war er so sehr im unklaren, daß er jedem Zahn, wenigstens jedem Unterkieferzahn, eine Drüse beigeben wollte, mit der löblichen Pflicht, bei einer Infektion anzuschwellen. Er dachte dabei offenbar an die Drüsen des Mundbodens und des Halses, die er in seiner Unklarheit sehr generös umherschob und verteilte. Aus seinen Studien am Institut Pasteur rettete er nicht einmal den Begriff der Erythrozyten, und seine Dissertation war ein unverstandener Haufen zusammengetragener Zitate aus einschlägigen Büchern, den er mit einer Brühe tönender Phrasen reichlich übergossen hatte.

Den Abschluß mögen noch einige Stichproben aus den Gesprächen mit Dr. Zett bilden: „Der Stil Louis XV. besteht in einem Flügel, von dem mehrere kleinere ausgehen; das Burghölzli ist kein Louis XV. (obwohl er obiger Definition entspräche!), weil es nicht zur selben Zeit erbaut worden ist, weil kein Irrenhaus in einem solchen Stil gebaut wird, und weil es das sogenannte Gangsystem ist." — „Fresken sind Girlanden und Ornamente und verschiedene Physiognomien." — „Am Tage sieht man keine Sterne, weil unsere Erde davon gedreht ist, und den Mond nicht, weil er zur andern Erdhälfte hinüberscheint, die nicht beleuchtet ist."

Die weitere Untersuchung förderte nichts Auffälliges zutage. Seine Affektivität war gut, durchaus der Lage entsprechend und sehr moduliert. Die Gedächtnisfunktionen wiesen nichts Krankhaftes vor.

Auch konnte er nicht moralisch defekt genannt werden, denn soweit er die Situation verstand und beherrschte, zeigte er richtige Gefühle der Reue, versprach Änderung seines Lebens, systematische Arbeit und Einkehr in sich selbst.

Das Gutachten wurde auf Geisteskrankheit und Unzurechnungsfähigkeit abgegeben.



Das erste, was an Dr. Zett auffiel, war seine krankhafte Sucht zu Schwindeleien. Überall, wo er hinkam, suchte er den Leuten etwas vorzumachen, er war sich oft selbst nicht bewußt, was er dabei alles sagte und tat, er ging häufig so weit, sich ganz und gar zu vergessen, allein seinen erdichteten Titeln und Reichtümern zu leben, selbst dort, wo nach den gewöhnlichen Regeln der Klugheit und Vorsicht eine weise Mäßigung angezeigt gewesen wäre. So unterließ er es auch in der Anstalt nicht, von seiner Familie usw. Unwahres zu schreiben und anzugeben, obwohl er wußte, daß man genau nachprüfen werde. Er schwindelte, wo es keinen Sinn hatte, Falsches anzugeben, er schwindelte, wo man ihm die Unwahrheit direkt beweisen konnte, er schwindelte selbst noch dann, wo es ihm direkt schadete. Wir erklärten darum den Zustand unter dem Namen der Pseudologia phantastica als krankhaft im forensischen Sinne.

Hand in Hand damit ging ein gewisser Tätigkeitsdrang, eine gewisse Aktivität der Persönlichkeit, vielleicht nicht allzufern von einer chronischen manischen Verstimmung. Freilich war letztere in der Anstalt nicht zu sehen. Aber das aktiv Treibende ging aus der ganzen Schilderung seines Lebenslaufes hervor. Er war nicht nur der träumende, sondern der tätige Phantast, der das Leben genoß, arbeitete, operierte, studierte, schrieb, Gesellschaften gründete, Reisen unternahm, Bekanntschaften anbändelte und seinen erdichteten Stellungen und Berufen nach allen Seiten hin tätigen Glanz verschaffte.

Diese krankhafte Phantasietätigkeit, verbunden mit der Aktivität der Persönlichkeit, setzte sich nun auf die Denkschwäche besonderer Art gleichsam als Grundstörung hinauf. So entstand ein krasses Mißverhältnis der Ansprüche der Phantasietätigkeit und des aktiven Triebes einerseits und der intellektuellen Fähigkeiten anderseits.

Es seien hier nur ein paar Beweise nochmals hervorgehoben für die Art der Auffassung und Verarbeitung von Begriffen.

Er will das „blaue Band der Ehrenlegion" erhalten haben, hat vielleicht auch einmal etwas vom blauen Hosenbandorden gehört, wirft dann wohl beide Begriffe durcheinander, verarbeitet sie unklar zu einem neuen Ehrenzeichen, mit dem er mit großer Selbstverständlichkeit Leichtgläubigen imponiert.

Er macht Operationen, ist kein ungeschickter Zahntechniker, hat



aber von anatomischen Grundlagen, Zahnanatomie, Munddrüsen u. a. die unklarsten Vorstellungen.

Sein Elaborat von Dissertation ist ein Sammelsurium von unverstandenen wissenschaftlichen Begriffen. In der Geschichte wurstelt er den Großen Kurfürsten, den 30jährigen, den 7jährigen Krieg und Friedrich den Großen zusammen. Er weiß wohl im einzelnen, daß diese Dinge nicht zusammengehören, aber doch hat er hinwieder die einzelnen Begriffe nicht so fertig verarbeitet, daß er sie genügend auseinanderhalten könnte.

Was ihm mit Begriffen, passiert ihm auch mit Worten: er spricht von einem „monotonischen" Provinzialleben. Er will wohl das Wort „monoton" gebrauchen, hat es aber unklar aufgeschnappt und gebraucht es, falsch geformt, nur nach seinem ungefähren Klang.

In noch deutlicherem Grade tritt diese Unklarheit des Denkens bei einem andern Falle zutage, dessen Historie nicht weniger interessant ist, und die betitelt sei: „Der Schriftsteller".

2. Der Schriftsteller Wolfgang Namlos stammte aus einer einfachen Familie, die in geordneten Verhältnissen lebte. Der Vater war Besitzer einer kleinen Buchdruckerei. Eine Tante väterlicherseits war nervenkrank. In der Familie der Mutter herrschte Tuberkulose. Die Mutter selbst starb mit 21 Jahren an dieser Krankheit.

Als Kind machte Namlos eine normale Entwicklung durch, in der Schule soll er gut gewesen sein. Er besuchte Volks- und Realschule, war 2 Jahre im Welschland und kehrte mit 15 Jahren ins Elternhaus zurück.

Über diesen Lebensabschnitt schreibt Namlos: „Von diesem Zeitpunkt an beginnt mein eigentliches geistiges Leben. Meine Frühreife brachte mich in einen markanten Widerspruch mit meinen Eltern, die, durchaus materiell veranlagt, keine Spuren eines höheren Idealismus für mich erkennen ließen, und die von diesem Zeitpunkt an die direkten Feinde meines geistigen Lebens waren."

Schon mit dem 12. Jahre habe er die ersten Gedichte gemacht, und anknüpfend an die Erzählung des Vaters, der einmal von Goethe im Gartenhaus gesprochen, habe ihn die Idee, ein Dichter zu werden, 2 Jahre lang verfolgt. Er habe die wunderbare Größe Goethes instinktiv gefühlt, ohne etwas von ihm zu wissen. Mit 15 Jahren wäre er in eine Vorstellung von „Kabale und Liebe" gegangen. Da habe er geglaubt, Schauspielertalente zu haben, und dann habe er sich in der Folge dieser Kunst zugewandt.



Der Vater, den der Sohn als „kleinliche, aber gescheite, natürlich intelligente“ Persönlichkeit schildert, hatte offenbar etwas realere Anschauungen. Er verlangte, daß Wolfgang erst ein solides Handwerk erlerne, und ließ ihn in seinem Geschäft eine 3½jährige Lehrzeit als Buchdrucker durchmachen, was der Sohn zur Befriedigung des Vaters auch tat.

Daneben nahm er Stunden in der Schauspiel- und Rezitationskunst bei einem bekannten Schauspieler und einem geschätzten Rezitator, und nach vollendeter Lehrzeit reiste er mit ersterem und im Einverständnis des Vaters, der auch die nötigen Mittel gab, nach Berlin, um sich dort ganz fürs Theater ausbilden zu lassen.

Was Namlos in Berlin tat und leistete, war objektiv nicht festzustellen, für den Vater waren als positive Ergebnisse nur die Kosten von 3000 Fr. sichtbar. Der Aufenthalt schloß nach einem Jahr mit einem Aufenthalt in Rheinsberg ab, worauf Namlos nach Zürich zurückkehrte. Sein Lehrer schrieb in jener Zeit, sein Schüler werde es nie über die Mittelmäßigkeit hinausbringen. Namlos selbst fand auch, er habe genug von der lorbeerreichen Kunst der Mimen, und erklärte nun dem Vater, er wolle Journalist werden.

Er war jetzt 20 Jahre alt geworden.

Mit wenig Lust und Eifer arbeitete er vorläufig für einige Zeit im Geschäft des Vaters, schrieb daneben kleine Artikel für Zeitungen, manövrierte in der ernsten Kunst des Dramas herum, zog sich immer mehr von den Eltern zurück, da sie nicht imstande waren, seinen hohen Plänen zu folgen.

Nach seinen eigenen Schilderungen litt er auch in dieser Zeit seelisch fortwährend Ungeheuerliches. Er schilderte, wie sein Vater gar nicht das geringste Verständnis für seine künstlerischen Aspirationen gehabt habe, daß er ihm kaum einen freien Nachmittag für seine Neigungen gegeben hätte. Er erzählt immer wieder, wie er frierend und schlotternd, in Decken gehüllt, auf der einsamen Dachkammer Literatur studierte, wie er sich mit dem Gedanken abgegeben, freiwillig aus dem Leben zu scheiden, wie er einen Revolver gekauft habe und sich schon in Gedanken im Sarge liegen sah, „den Dichterkranz auf dem Haupte“, schwarz verhüllt das Zimmer, den trauernden Genius mit der erloschenen Fackel ihm zur Seite. Aber treue Freunde hätten ihn rechtzeitig vom Äußersten zurückgehalten.

In seiner Lebensgeschichte schreibt Namlos:

„Völlig gebrochen kam ich heim (von Berlin). Vom Theater, dem Herrlichsten in meiner Idealwelt, nun angeekelt und doch übervoll mit künstlerischen Ambitionen, Sehnsuchten und dem Bewußtsein meiner Besonderheit, erwachte nach einer grausigen seelischen Depression meine neue künstlerische Energie und die Reife zu einer produzierenden Kunst, der Dichtkunst. Ich schrieb die ersten Gedichte noch im Zustande der Metamorphose, sie hatten Erfolg, und in rapider Entwicklung erkannte ich jetzt — nach einem qualvollen Laborieren — meine eigentliche Mission.



Ich mußte Dichter werden und war dazu geboren. Aber ich konnte mich und wollte mich nicht zu Konzessionen hergeben, die kleine Arbeit des Tages: Feuilletons, Essays usw., war mir in der Seele zuwider, ich durfte die Kraft nicht für den Tag verbrauchen, und das ist der Hauptgrund meiner Tragik."

Es war nun auch die Zeit gekommen, da Namlos dem Vaterlande dienen sollte. Er habe Freude am Militär gehabt und hätte Offizier werden wollen. Er rückte zum Rekrutendienst ein. Aber es war auch hier schon wieder nicht so, wie er es sich vorgemalt hatte, die harte Wirklichkeit griff mit roher Hand ein. Einige Wochen hätte er heroisch gekämpft, dann sei er zusammengebrochen, sei lange krank im Spital gewesen. Man sah ein, daß er nicht fürs rohe Kriegswerk geschaffen, und schickte ihn nach Hause. In der Rekrutenprüfung hatte er sich lauter 1 erworben. Die Diagnose der Spitalärzte war auf Neurasthenie gewesen.

Es war mittlerweile das Jahr 1912 geworden, und Wolfgang Namlos erklärte nun seinem Vater, er wolle sich selbständig machen.

Er verließ das Elternhaus und zog in eine Pension. Er hatte zu Hause „diesen entsetzlichen moralischen Druck" nicht mehr ausgehalten.

Das Eröffnungsspiel zu einer Selbständigkeit gedachte er durch den Ankauf eines Magenpräparates zu geben, mit dem ein alter Fremdenlegionär hausierte, und das dieser selbst durch Kochen von Kräutern nach indischer Manier herstellte. Da der Mann ihm aus den Büchern einen jährlichen Ertrag von 2000 Fr. nachwies, da selbst Vater Namlos und die ganze Bekanntschaft aus eigener Erfahrung die Güte des Präparates priesen, wollte Namlos Sohn das Geheimnis für 500 Fr. erstehen und es dann nebst Profitanteilen einem Amerikaner für den Vertrieb jenseits des großen Wassers um den doppelten Ankaufpreis weiter verhandeln. Da der Amerikaner, eine Bekanntschaft aus dem Kaffeehaus, zu seinen Plänen „very well" gesagt hatte, mußte das Geschäft gut sein. Aber die Unterhandlungen mit dem Vater um Ausbezahlung von ca. 1000—1500 Fr. kamen zu keinem Abschluß. Unglücklicherweise sollte nun ein Hauptteil dieses Geldes zur Deckung der aufgelaufenen Pensionsschulden dienen. Da es nicht zu erhalten war, Namlos aber wegen eines großen Kraches aus der Pension verschwand, erfolgte eine Klage auf Kostgeldbetrug, die der Vater aber doch noch rechtzeitig durch Bezahlung der Rechnungen rückgängig machte.

Diese Unannehmlichkeiten des kleinlichen Lebens lähmten aber den begeisterten Jüngling nicht in seinen hohen Zielen, und er trat in jener Zeit in eine Gesellschaft „pro India" ein, ließ sich im „Indischen" Unterricht erteilen, gedachte daneben Sanskrit zu studieren und ließ sich auch verschiedenen exulierten indischen Fürstlichkeiten vorstellen, die in einem der ersten Hotels in Zürich abgestiegen waren. Dies alles, weil er im Sinne hatte, später einmal in jenes Märchenland zu gehen, „um dort als Künstler Stimmungen aus Indiens alter und neuer Zeit zu sammeln".



Seitdem Namlos aus Berlin zurückgekehrt war, sprach er nur noch ein gewähltes Hochdeutsch, da er den vulgären Schweizerdialekt haßte. Diesem Ehrgefühl für das echte, hohe Deutsche gab er auch Ausdruck, indem er einem Deutsch-Nationalen Weltbund beitrat, „der vor allen Dingen die Pflege des germanischen Gedankens" bei den Auslanddeutschen bezweckte. Als Gründer und Präsident fungierte ein Herr v. Gunbar, und Namlos war ganz hingerissen, denn Gunbar hatte Zuschriften und Sympathiekundgebungen der höchsten, allerhöchsten Herrschaften vorzuweisen. Gelder flossen ein, Marken wurden gedruckt, Namlos sollte deren Vertrieb übernehmen, kurz es war „fabelhaft inszeniert", und es war etwas zu erwarten. Er selbst sollte als Schriftführer engagiert werden und später in Amerika der Leiter der dortigen Hauptsektion werden. Von der amerikanischen Filiale versprach man sich selbstverständlich goldene Berge.

Doch der Deutsch-Nationale Bund hatte ein kurzes Leben, er fand einen stillen, lyrischen Tod in einer tiefen Depression, die Namlos' Seele erfaßte und ihn so sehr lähmte, „daß er tatsächlich nichts arbeitete".

Trotzdem verlor er den Kontakt mit der realen Welt nicht. Er raffte sich wieder auf und trat in Unterhandlung, für geringes Geld eine Buchhandlung zu erwerben. Aber es sei ihm Herr v. Gunbar just zuvorgekommen. Das hinderte Namlos nicht, sehr viel in jener Buchhandlung zu verkehren und mit dem Besitzer eine Zeitschrift „Kritische Umschau" herauszugeben. Doch auch hier folgte das Schicksal bitterlich schnellen Fußes. In der Buchhandlung entstand ein angeblich freiwilliges Schadenfeuer. Die „Kritische Umschau" erstarb nach den ersten Nummern an angeborener Lebensschwäche. Es gingen Klagen ein wegen Betrug von Inseratengeldern, die Namlos eingezogen. Herr v. Gunbar klagte zugleich mit der Zimmerfrau wegen Betrug und Diebstahl eines wertvollen Gemäldes, und schließlich habe auch v. Gunbar ein unrühmliches Ende genommen.

Es ist klar, daß, wenn Hoffnungspläne so durchkreuzt und verdorben wurden, Namlos nicht verhindern konnte, daß ein Wirt wegen Kostgeldbetrug Klage einreichte. Das war im Januar 1913, und der Vater hatte noch ein Einsehen und bezahlte die Rechnung. Aus den Akten ging hervor, daß Namlos damals tat, als sei er Medizinstudent. Er bestritt dies aber des entschiedensten. Der Wirt habe gewußt, wer er sei, und habe auch seinen Vater gekannt. Er habe nur gesagt, daß er studiere, was auch insofern der Wahrheit entsprochen hätte, als er Kollegien an der Universität gehört habe. Dabei aber wußte Namlos auch anderswo den Glauben zu erwecken, er sei Medizinalstudent.

Auch einem großen Tragiker kann mitunter die Muse in lächelnder Laune ein kleines Komödienspiel zuflüstern, als welches unser Dichter im Februar 1913 einen großen Handel mit einem Studenten erlebte. Dieser trug einen Hut, der Namlos gefiel, und den er vorläufig auf Kredit hin kaufte. Da der Student aber verreisen mußte, drängte er auf Bezahlung,



die ihm Namlos in Form einer Reihe Bücher anerbot, unter der Bedingung, noch 5 Fr. zu erhalten. Des war der Student einverstanden, nahm die Bücher mit, die aber zufällig einem andern Studenten gehörten, in dessen Zimmer Namlos sich vorübergehend einlogiert hatte.

Im August 1913 klagte die Firma gegen Namlos, der bei ihr als Provisionsreisender in Kondition war, auf Betrug von 39 Fr., die sie für gefälschte Bestellungen an ihn in Form von Provision ausbezahlt hatte. Namlos wollte selbst das Opfer eines Betruges geworden sein, indem er einen andern habe sammeln lassen, an jenen Orten, wo er selbst nicht habe hingehen wollen in der Eigenschaft eines Inseratenakquisiteurs, da er dort sonst als Schriftsteller verkehrt habe. Begreiflicher Stolz eines Künstlers! Die Polizei konnte jedoch den eigentlichen Betrüger nirgends auftreiben, und darüber, ob wirklich eine andere Person als Namlos die Inserate aufgenommen, oder ob es nur Namlos unter anderem Namen gewesen war, sprachen sich die Akten nicht aus.

Nun befand sich Namlos eine Zeitlang in einer Periode seines Lebens, von der er sagte: „Es war in meiner vegetarischen Epoche." Darum entzückte er sich an einer süßen Frucht, die auf dem dunklen Boden Afrikas reift, und er schrieb eine Broschüre „Die Banane", ließ auf dem Titelblatt „Eden Verlag" drucken und sang darin das Lob der edlen Frucht als Volksspeise.

Eine Zeitlang betrieb er weiter ein Heiratsvermittlungsbureau, nach seinen Angaben nur vertretungsweise für 14 Tage.

Mittlerweile war das Jahr 1914 angegangen. Dieses begann mit der Klage eines Buchhändlers, bei dem Namlos 1912 in der Bestellung von Meyers Konversationslexikon seinem Wissensdurst Befriedigung gewährt, aber bis dahin an die 320 Fr. nur dreimal 7 Fr. bezahlt hatte. Man konnte es nicht verargen, wenn nun der Buchhändler Klage einreichte, nachdem er so und so viele Mahnungsschreiben, Rechnungen und Zahlungsbefehle an Namlos abgeschickt hatte. Er konnte aber nicht wissen, wie fortwährend sein Schuldner mit des Schicksals Mächten kämpfte. Vom Lexikon war schon lange jede Spur ausgetilgt, es war und blieb mit der mystischen Person des Indischlehrers verschwunden, von dem ebenfalls kein Mensch etwas zu berichten wußte.

Namlos war nun nach all dem Erlebten die Großstadt Zürich zuwider geworden, er war dringend der Ruhe bedürftig und begab sich darum in den Kanton Thurgau.

Er reiste inkognito mit dem Namen eines Freundes als Cand. med., verliebte sich in das Verhältnis seines Freundes und sammelte Stoff und Eindrücke für einen dreibändigen Roman. An den bestrickenden Reizen des Mädchens fing er Feuer, zumal sie die Schwester eines wegen Wechselfälschungen berühmten Bankiers gewesen sei, der 2 Jahre Gefängnis erhalten hatte. Sie gab ihm das Vorbild zu einer Heldin „Bianca" im Roman, der in Mailand spielen sollte.



Namlos, wie er angab, erwartete immer Geld von der „Kritischen Umschau", und weil es nicht kommen wollte, konnte er nicht länger warten. Er mußte nach München verreisen und tat es, ohne dem Wirt Lebewohl zu sagen. Das war circa Ende Juni 1914. Seine Rechnungen im Thurgau erbat er sich poste restante Zürich und fühlte sich damit weiteren Verpflichtungen enthoben.

Was nun geschah, konnte allein aus seinen Berichten erfahren werden. In München habe er dem „Delphin"-Verlag einige Kapitel aus seinem Roman vorgelesen, und in Erkenntnis der werdenden Größe des Werkes habe ihm der Verlag 50 Fr. zum voraus daran bezahlt. Mit dem Gelde sei er nach Wien gereist, wo er bei einer Tante gewohnt und nebenbei noch Unterstützungen vom Schriftstellerverein bezogen habe. Als dann der Krieg ausgebrochen sei, wäre er unter dem Schutz eines hochstehenden Offiziers über Budapest nach Przemysl gereist, habe dort alles Grandiose und Furchtbare des Krieges gesehen, sei zurückgefahren und habe in verschiedenen Städten Deutschlands Vorträge über die österreichische Mobilmachung gehalten.

Als Beleg aus dieser Zeit zeigte Namlos eine Einladungskarte zu einem solchen Vortrag vor mit der Tagesordnung: Herr W. Namlos. Wien, über „Mobilmachung in Österreich".

Dann wollte er von Neujahr bis März 1915 in Zürich gewesen sein, habe sich darauf schriftenlos auf nicht zu verratende Weise im April in Paris aufgehalten, um Stimmung und Leben in der französischen Kapitale für eine deutsche Zeitung zu studieren. — Bei den Akten lag eine Nummer der „Kölnischen Zeitung" mit einem Artikel „Pariser Kriegsfrühling". Autor nicht gezeichnet, der aus seiner Feder stammen sollte. Von diesen abenteuerlichen Reisen erschöpft, wieder angeekelt von der Großstadt Zürich, „kränklich und deprimiert und matt", immer in Gefahr, von der Polizei belästigt zu werden, verspürte er nun von neuem das dringende Bedürfnis nach Ruhe. Er ging darum, es war Ende Mai 1915, zu einem Schneidermeister und bestellte sich ein neues Kleid. Der Schneider lobte ihm aber auch seine Regenmäntel, er hätte wohl auch in diesem Artikel gern ein Geschäft gemacht; Namlos habe ihm den Gefallen getan, wie er erzählte, und hätte sich einen solchen „aufschwatzen" lassen, so daß der Schneider für Kleid und Mantel die Rechnung auf 195 Fr. schreiben konnte. Die Rechnung blieb aber unbeglichen.

Also neu ausstaffiert, begab sich unser Schriftsteller anfangs Juni an einen Kurort am romantischen Wallensee, anfänglich nur in der Absicht, 8 Tage zu bleiben, da er nachher nach Italien fahren wollte, um dort Stimmungsbilder zu studieren.

Aber es hielten ihn Künstler fest und eine Serbin, die ihn zu einer „serbischen Novelle" entflammte, und er konnte ungestört an einem großen Roman Tag und Nacht arbeiten, doch das Honorar von deutschen Zeitungen wollte immer nicht kommen, so daß aus 8 Tagen 5 Wochen

wurden. Es war peinlich, aber in der Verlegenheit setzte schließlich „Stud. phil. Richard Schuhein“ seine Hoffnungen auf einen reichen Onkel, der hingegen auch kein Geld schicken wollte. Da ging dem freundlichen Wirt doch die Geduld etwas zu früh aus, ehe Namlos seine Italienreise beginnen konnte: es mischte sich schnell die hohe Justiz des Kantons St. Gallen ein, und sie war Ende Juli 1915 der Meinung, Namlos habe wegen falscher Namensangabe und Betrug von 278 Fr. nebst Kosten 2 Monate zu sitzen. Namlos war des einverstanden und sprach sich anerkennend aus über Behandlung und Verpflegung als Gast bei der St. Gallischen Justiz.

Weniger gut habe es ihm in Thurgau gefallen, speziell die Kost sei sehr monoton gewesen und habe von wenig feiner Küche gezeugt. Es hatte ihn nämlich nach dem Aufenthalt in St. Gallen auch der Kanton Thurgau zu einem Ferienaufenthalt gebeten, und zwar für 7 Wochen. Dies für seine Erholungskur im Thurgau im vergangenen Jahre.

Nach dieser Gastfreundschaft wollte Zürich nicht nachstehen; die Bezirksanwaltschaft nötigte den Dichter zu sich, und so reiste denn Namlos Ende Oktober 1915, dem Rufe folgend, mit einem biederen Landjäger nach Zürich, um im Untersuchungsgefängnis Selnau Logis zu nehmen.

Hier in Zürich hatte sich während seiner Studien und Ferienreisen sachte, langsam ein Aktenstück ums andere beim Bezirksanwalt eingefunden, jedes wollte neue Schuld zu alten fügen.

Eine Frau, bei der Namlos im Jahre 1913 $1^1/_2$ Monate gewohnt hatte, klagte um ihr Logisgeld. Gleiches taten auch andere Zimmervermieterinnen und Pensionen. Überall war Namlos als Schriftsteller und Journalist aufgetreten und wollte Geld für Artikel und Feuilletons erhalten, die „kleine Arbeit des Tages“, die er einst so verpönt hatte. Aber selbst die hatte ihn im Stich gelassen.

Das meiste Papier aber hatte sich als Folge einer wunderbaren Idee angesammelt, deren Inhalt und Geschichte wir alsogleich im Zusammenhang darstellen wollen.

Im Januar 1912 war unser Dichter in einer milden Frühlingsnacht um die 12. Stunde am Zürichberg gelustwandelt. Es sei düster und geheimnisvoll gewesen, und da wären zwei Buben ihm über den Weg gelaufen und hätten den Straßenmist zusammengelesen. Das wäre für ihn wie die Konzeption einer Novelle gewesen, eine Idee, die plötzlich aufsteigt, dann verschwindet, um später wieder aufzutauchen und ausgearbeitet zu werden.

Die Idee ging vorläufig in Liebeskämpfen unter, die Namlos damals führen mußte. Er hatte sich in ein Mädchen verliebt, das für ihn „wie eine Heldin kämpfte“. — Deren Eltern wollten aber nichts von der Verbindung wissen, weil Namlos noch nichts im Leben geleistet hätte. Um dies zu widerlegen, kam ihm nun zur rechten Zeit die Idee wieder, die er in jener frühlingslauen Mitternachtsstunde konzipiert.

Er hatte einmal in einer nationalökonomischen Zeitschrift gelesen, daß man in München vermittelst einer chemischen Verbrennung von Holz,



Papier und Lumpen eine Art „Luzerne“ herstelle. Warum sollte es nicht auch mit Mist gehen, dachte Namlos, und es schwebten ihm die mistsammelnedn Knaben jener Frühlingsnacht vor Augen. Er entwickelte einigen kaufmännischen Kaffeehausfreunden seine Ideen, die schienen davon begeistert; ein Chemieprofessor war ihm für geleistete Dienste verpflichtet, den gedachte er für den chemischen Teil des Unternehmens zu gewinnen. So begann er, obwohl er eine Zeit „schrecklicher Seelenqualen“ durchgemacht, unter den „denkbar schlechtesten Verhältnissen materieller und anderer Natur“ sein „Schweiz. Institut für Naturdüngervertrieb“ zu gründen und in Betrieb zu setzen.

Das erste, was er tat, war die Monopolisierung seiner Idee für den Platz Zürich, von dem aus Filialen in allen bedeutenden Schweizerstädten gegründet worden sollten. Er suchte die größeren Fuhrhaltereien und Pferdebesitzer in Zürich auf und schloß mit ihnen Verträge ab. 16 Fuhrhaltereien gingen darauf ein, denn die Verträge waren günstig. Nach einem Exposé war die geschäftliche Basis folgende: „Das Schweiz. Institut für Naturdüngervertrieb bezieht auf Grund ein- und mehrjähriger Abmachungen usw. von sämtlichen Fuhrhaltern, Pferdebesitzern und Stallinhabern Zürichs den Dünger zum durchschnittlichen Preise von 2 Fr. pro Pferd und Monat, bei kostenloser Abfuhr desselben. Der Pferdedung wird hierauf in eine noch zu mietende oder später zu bauende Räumlichkeit außerhalb des Stadtgebietes geführt, wo er dann gelagert, nach Qualität sortiert und hierauf noch mit einer chemischen Substanz vermengt wird, so daß seine Triebkraft eine noch größere wird und er daher bedeutend mehr Gehalt und Kraft aufweist als der bisherige Kunst- und Naturdünger. Mit dieser Bearbeitung des Naturdüngers ist eine neue Art von rationellem Dünger erzielt, und zwar ohne die teuren komplizierten Maschinen, die zur Herstellung von Kunstdünger erforderlich sind. Eine geeignete geringe Reklame in landwirtschaftlichen Blättern wird genügen, um einen großen Teil der verschworenen Kunstdüngerkäufer als Abnehmer zu gewinnen. Die Nachfrage nach Naturdünger ist gegenwärtig eine so eminent große, daß in den Monaten März, April und Mai genug geliefert werden kann.

Eine Konkurrenz ist ausgeschlossen, da die jetzt abgeschlossenen Verträge so viel wie das Monopol für Zürich und Basel bedeuten. Wir sind daher in der Lage, die Preise selber anzusetzen.

Ein Parallelgeschäft ergibt sich für das Institut für Naturdüngervertrieb aus dem Wiederverkauf des getrockneten Strohs. Es wird neben der Räumlichkeit zur Umarbeitung des Düngers noch eine Strohtrocknerei eingerichtet. Das im Strohmist befindliche Großstroh wird durch eine Schotter- und Siebeeinrichtung herausgeholt, chemisch gespritzt, d. h. desinfiziert und dann getrocknet. Dieses getrocknete Stroh wird ausschließlich an die Landwirtschaft verkauft, die es dem neuen, doppelt so teuern vorziehen wird, weil es geschmeidiger und daher für das Vieh geeigneter ist.

Dasselbe wird zum Preise von 4,50 Fr. der Doppelzentner abgegeben. Nach den bisher abgeschlossenen Verträgen kann das Institut für Naturdüngervertrieb monatlich ca. 2500 Zentner Pferdemist ankaufen, und zwar zum Preise von 450 Fr. bzw. 500 Fr. monatlich und vierteljährlich zahlbar. Aus dieser Masse können ca. 280 Doppelzentner Stroh hergestellt werden; das ergibt noch einen Düngerbestand von ca. 1900 Zentner. Die Bruttoeinnahme beträgt also 2850 Fr. abzüglich Fourage, Zins und Arbeitslöhne. Diese Unkosten können aber 1500 Fr. inkl. Ankaufkosten niemals übersteigen, so daß jetzt schon ein monatlicher Reingewinn von 1350 Fr. zu verzeichnen ist. Dieser Gewinn kann natürlich durch hinzukommende Abschlüsse und durch Erhöhung des Düngerpreises noch um mehr als die Hälfte vergrößert werden."

In den Akten befand sich auch ein erweitertes ‚Exposé für forcierten Geschäftsbetrieb". Darnach waren zu erwarten:

Einnahmen:	Zürich	200 Gruben	= 15 000,	
	Basel	150 „	= 12 000,	
	Bern	130 „	= 10 000,	
	Genf	120 „	= 9 800,	
		600 Gruben	= 46 800	Zentner Mist p. Monat.

46 800 Zentner Mist ergeben 15 600 = 7800 Doppelzentner Stroh à 4,50 Fr. =	35 100 Fr.
Es bleiben Dünger, reiner Rest, 31 200 Zentner zu 45 Fr. per 50 Zentner	28 080 „
Totalrest per Monat:	63 180 Fr.

Ausgaben: Totalbeschäftigung für 4 Städte 20 Arbeiter per Monat =	2 400 Fr.
Fuhre für 46 800 Zentner à 10 Fr. per Zentner	9 630 „
Zins für 4 Lagerhäuser	1 500 „
Auslagen für Geräte und sonstiges	1 000 „
	14 530 Fr.
600 Gruben kosten monatlich	4 000 „
	18 530 Fr.

Bilanz:	63 180 Fr.	Einnahmen,
	18 530 „	Ausgaben,
	44 650 Fr.	Reingewinn.

Ein anderes Exposé rechnete mit 63 000 Zentner, ergab 130 580 Fr. Wert und hatte 22 000 Fr. Unkosten verzeichnet.

Durch glänzendere Ergebnisse hätte Namlos seine Geschäftstüchtigkeit nicht beweisen können! Er schloß seine Verträge auf den Monat März



1913 ab. In einem Vorort Zürichs mietete er einen leerstehenden Lagerschuppen, wo der Fabrikbetrieb auch tatsächlich begann.

Er verpflichtete sich noch einen Arbeiter, dem er 80 Rp. die Stunde versprach. Der mußte an verschiedenen Orten die in den Verträgen festgesetzte Stallreinigung morgens zwischen 5 und 6 Uhr vornehmen und den Mist aufladen helfen. Während 4 Tagen war er auch in der Fabrik beschäftigt, hatte dort aus dem Mist das Stroh auszusondern und dasselbe an der Sonne zu dörren und dann auf einen Haufen zu legen. Da die maschinellen Einrichtungen noch nicht vorhanden waren, kaufte er sich im Auftrage seines Arbeitsherrn aus eigenem Gelde eine Mistgabel und bezahlte einem andern Mistarbeiter auch 2 Fr. So wurden 6—8 Fuhren in den ersten Tages des Betriebes verarbeitet und vom sortierten Mist bereits einem benachbarten Landwirt verkauft.

Auch Namlos habe sich 14 Tage in seiner Fabrik aufgehalten und mitgearbeitet. Tragischeres Los konnte wohl einem Poeten nicht passieren, daß er, statt auf herrlichem Pegasus in die himmlischen Weiten der Kunst zu reiten, den Mist klappriger Erdengäule im perlenden Schweiße seines Angesichtes sortierte.

Dies gräßliche Geschick nahm auch recht bald ein Ende. Die Gärtner in Zürich waren mit dem nötigen Dünger in kürzester Zeit versorgt; auch die Bauern, die ihn kaufen wollten, waren nicht so leicht aufzutreiben, andere Leute hatten keine Verwendung für dies köstliche Produkt, und der Dichter selbst wollte in seiner Fabrik keine Berge davon türmen, um auf ihnen mit den Musen zu kosen, und er ließ darum einfach den Mist dort liegen, wo er ursprünglich hinfiel.

Des waren aber die Lieferanten nicht zufrieden, weil sich infolgedessen der Dünger bei ihnen aufhäufte, da der Poet ihn nicht abholen ließ. Die Fuhrhalter reklamierten, weil sie morgens ihre bestellten Wagen schickten, die aber niemand belud. Die Arbeiter reklamierten, weil keine Geräte vorhanden waren und ihnen die Fuhrhalter wüst sagten, wenn sie den Mist nicht wegschaffen konnten. Ein Vertrag nach dem andern wurde gekündigt, eine Klage nach der andern lief bei der Bezirksanwaltschaft ein, und ehe noch der Frühling ins Land geflossen, war aus dem Mistgeschäft dem Dichter eine Untersuchungshaft erblüht, aus der er aber bald wieder entlassen wurde.

Alles bisher Dargestellte war das Wichtigste aus den Leiden und Freuden unseres Dichters, Schriftstellers und Düngerfabrikanten, ehe er in die Klinik zur Beobachtung kam.

Namlos trat am 18. 11. 1915 in diese ein. Er war bei der Aufnahme höflich, zeigte sich völlig orientiert über die Situation. Er glaube krank zu sein, da das ihm zur Last gelegte Delikt in einem so enormen Kontrast zu seiner bisherigen Lebensführung stehe, daß er denken müsse, er sei krank. Er sei Schriftsteller, arbeite zugleich an 5 dramatischen Werken, sei früher Schauspieler gewesen, habe die schwersten Rollen mit Erfolg



gespielt, er verfüge eben nicht nur über stimmliche, sondern auch über geistige Qualitäten, was bei Schauspielern selten sei, da darunter die größten Idioten die besten Stellen hätten. Sein Lieblingsphilosoph sei Nietzsche.

Körperlich fiel nichts an ihm auf. Namlos war ein mittelgroßer, schlank gebauter Jüngling, hatte fein gekämmtes, blondes Haar, hellblaue Augen, ein blasses, glattrasiertes, scharfzügiges Gesicht. Er hatte das Tun und Benehmen eines welt- und formgewandten Menschen, er sprach ein reines und gewähltes Hochdeutsch, denn seitdem er in Berlin gewesen, war ihm sein heimatlicher Schweizerdialekt ein Greuel. Sein Handeln war ruhig, gemessen, so wie einer, der in vornehmer Erhabenheit weiß, was er ist und bedeutet.

Jede Untersuchung entsprach ihm einer Causerie, wie man sie im Kaffeehaus führt, vielleicht in einem schöngeistigen Cercle von Künstlern und Literaten. Er saß in lässiger, vornehmer Eleganz hin, schlug die Beine übereinander und wußte alsbald mit großer Gewandtheit über jegliches Ding, vor allem über Kunst, Künstler und psychologische Themata in fremdwortreichen, gewählten Reden eine lange Unterhaltung zu führen und zu leiten.

Mit auffallender Offenheit berichtete er alles über seine Persönlichkeit, ohne weiteres erzählte er von seinen äußeren und seelischen Erlebnissen, von seinem Werdegang als Künstler, von seinen Kämpfen und Seelenqualen. Seine Dichtergröße war ihm unumstößliche Tatsache, mochte alles schief gehen, mochte die Welt noch so schlecht an ihm handeln, die sichere Zuversicht auf seine Bestimmung, Berufung und seinen einstigen Sieg halfen ihm über alles hinweg. Sich als Dichter zu fühlen, gab ihm folgendes das Recht, das er uns in die Feder diktierte: „Das Bewußtsein, die Kraft zu haben, was ich mit meinem geistigen Auge und mit meiner Psyche künstlerisch erlebe, auszudrücken, vor allem aber, das intuitive Ahnen von künstlerischen Formen, die mich zwingen, auf irgendwelche Weise sie von mir abzuschütteln, und zwar durch die Niederschrift.“ „Ich habe das Bewußtsein einer Sonderstellung als Mensch, weil ich weiß, daß meine Empfindung im Verhältnis zu den Empfindungen anderer schöpferischer Menschen in einer persönlichen Eigenart besteht, und weil ich weiß, daß diese Eigenart meiner Gesichte und meines Seelendaseins die Welt sind, aus der die dichterische Produktion entspringt, und weil ich darin ein beglückendes Machtbewußtsein empfinde, das mich in schmerzhafter Weise von der Wirklichkeit und der Umgebung unterscheidet, mir aber das Leben um diese eigenartige Welt und des Bewußtseins willen erträglich und zuweilen auch liebenswert macht.“ Er hat noch nicht entsprechendes produziert, „weil ich noch kämpfe mit der Form, und weil ich in einer grausamen Selbstdisziplin, diese Form betreffend, bisher immer zerstörend auf meine Arbeiten gewirkt habe, aber dennoch erkenne, daß ich künstlerisch vorwärts komme, und daß sich alle Mühsale für mich gelohnt haben. Ich habe das unumstößliche starke Bewußtsein des Berufenseins



ohne irgendwelche Abstellungen der Welt gegenüber" usw. Dieses dichterische Selbstbekenntnis füllte einige Seiten.

Ein Urteil über seine dichterische Befähigung wagten wir nicht zu fällen; wie oft ist es, daß die Zeitgenossen nur Hohn und mitleidigen Spott hatten für einen Künstler, den erst die Nachwelt bewundernd feiert. Wir setzen darum aus dem ersten Kapitel eines Romans, den Namlos als sein Hauptwerk bezeichnete, einige Proben zur Beurteilung durch den geneigten Leser selbst hin. Es enthält dies Kapitel aus „Balthasar Heftis Werdegang" die einfache Tatsache, daß der Held des Stückes „an einem der ersten erwachenden Vorfrühlingstage", „an einem so zweifelhaften und doch ein wenig hoffnungsreichen Morgen", „am Ende eines harten Winters, dessen letztes Röcheln kaum verendet war", in die Ferien geht und von Zürich per Dampfschwalbe nach Erlenbach fährt. Von Kilchberg schien es, als müßten Konrad Ferdinand Meyers „wasserblaue, halykonische Augen sich mit dem Seespiegel verschmelzen oder Zwiesprache führen": Heftis „vitaler Geist hatte trotz der wiederholten Lektüre des tiefsinnig und weltlich-bürgerlichen „Grünen Heinrich" zu der nüchternen Formenkunst und vielleicht reineren Klassizität des einsam stolzen Kilchbergers seinen Weg gefunden. Und diese erfreuliche Erkenntnis sollte an diesem Morgen nur ihre zeitliche Bestätigung finden, und nur in einem Dichterherzen konnte dieses Geschehnis eine so jähe Gefühlserregung hervorrufen, daß er für eine Weile, aller Erdenschwere enthoben, mit seinem eigenen Phantasiegeblüt in höheren Hemisphären schwebte". „Über dem Säntis stieg die Sonne in gelber Glut zum Himmel, die Schäferwolken am südlichen Horizont verschwammen im Azur des Morgens, und die Glarneralpen erhoben sich mit segantinischer Plastik aus dem Dunst der Dämmerung". „Balthasar Hefti wurde ans Zeitliche erinnert." „Das unscheinbare Männlein am Bug des Schiffes" „gewahrte nun zu seinem nicht geringen Erstaunen, daß noch einige fremde Allerweltsmenschen es gewagt hatten, ins Frühlingswetter hinauszufahren, während es in der noch winterlich toten Stadt und im Hotelfoyer zu langweilig war". „An diesem Morgen vergaß er die Skrupeln seiner eidgenössischen Gesinnung und liebäugelte in weltmännischer Gelassenheit mit den schlank gewachsenen Söhnen Amerikas." „In dem strengen, plastischen Ausdruck ihrer Gesichtsformen glaubte er die gemeisterte Geistigkeit einer reineren Rasse und in diesen lichtumsonnten Augen den anakreontischen Frohsinn der Zukunftsmenschen zu erblicken, ja es schien ihm, als müßten diese freien Söhne Kaliforniens über alle kleinlichen Ränkespinnereien des bürgerlichen Lebens erhaben sein." „Eine Dame befand sich nun auch bei dieser überseeischen Gruppe", die mit „vornehmer Neugier das Männlein musterte, und ihre märchenhaft träumerischen Augen an seiner niedlichen Gestalt weidete, wie an einem Dürerschen Bilde, das die Lieblichkeit selbst darstellt, während der Duft der Historia schon seine Geistigkeit verklärt hat".



Da fuhr die Schwalbe in Erlenbach an. „Die Amerikaner schleuderten ihre hageren Glieder vornehm lässig über das Trittbrett des morschen Steges, und die Dame trippelte in einigem Abstand hinter ihnen her über das unangenehme Verbindungsvehikel." Balthasar Hefti ließ seine „glückblinzelnden Augen auf dem Oval des schönen Weibes spielen, herumirren und versinken, als stünde er wieder wie vergangenen Sommer im Palazzo Pitti vor dem anmutverklärten Botticellischen Frauenkopf, nur mit dem Unterschiede, daß es jetzt lebendig und in einem zauberischen Frühlingsmorgen zu pulsierendem Leben erwacht war, um ihm die Sinne zu verwirren mit dem fleischlichen Atem seiner Nähe, seiner greifbaren Schönheit. So geschah es, daß er im Sturme einer jäh aufsteigenden Aspiration so etwas wie eine Verzeihung stammelte, mit der Hand an die breite Schlapphutkrempe griff und im Verlauf einiger sinnverwirrenden Sekunden mit der schönen Dame in ein veritables Gespräch verwickelt war, aus dem es, so schien ihm, für seine preisgegebene Männlichkeit keine Rettung mehr gab. Aber die jetzt mit dreifacher Milde lächelnden und liebreizverheißenden Augen setzten ihn bald über die nachhinkenden Bedenken hinweg". „So war der erste Schritt zu einer Anbahnung einer neuen Gemütsbeziehung in aller Schlichtheit vollzogen, und was sich des ferneren ereignen wird, sind nur die natürlichen Wechselwirkungen zweier grundverschiedener Menschenkinder, die sich auf dem Lebensweg ihres jungen, sehnsüchtigen Dranges und in einer besonderen Stunde gefunden haben."

Vielleicht interessiert es den werten Leser, auch noch das Gedicht „Glyzene" zu lesen, mit dem Namlos seinerzeit, als er von Berlin zurückkehrte, den ersten „Erfolg" errang.

Glyzene.

(Indisches Gedicht aus dem Jahre 1913.)

Glyzene meines frühlingsmilden Traumes:
Glyzene, Indiens allerschlankste Tulpe.
Düfteschwangrer Wind am Gangesufer
Dehnte deiner Glieder weiche Formen.
Deine Wangen, o Glyzene, glühten
Und du lächeltest, wie nur die Blumen,
Wenn sie lieben, lächeln mögen.
Und du schwiegest, wie die Bläue überm Eden,
Wenn sie trunken und voll Liebe träumet,
Wenn die Tropensonne deine Schwestern überflutet.

Meines Herzens Süchte und dein Gleißen
Und die Seufzer eines sel'gen Wander's
Gingen in dem schwülen Abend unter
Unberührt, jungfräulich und phantastisch.



Meine Wünsche und das süße Schwingen
Einer halb betörten trunk'nen Stunde
Glitten aus dem Traumland, o Glyzene
In das starre Licht Europens Sonne.

O Glyzene meiner hellen Tage!
Warum fliehtest du aus Indiens Fluren
In das Nordland deiner blonden Haare?
Warum bist du schlankste aller Blumen
Mir gleich in das süchtge Licht gestiegen,
Das dir blendet deine zarten Augen
Und du weinest ob' des Tages Lügen?

Weine nicht Glyzene meiner Tage!
Lächle wie die blonden fernen Schwestern
In dem Himmelsgarten deiner Heimat
Und wie Menschen, die sich glücklich wähnen.

Bewundernswert die Bescheidenheit eines Dichters, der die Publikation des Gedichtes allein als „Erfolg" betitelt!

Er fühlte sich in erster Linie Flaubert am nächsten, aber auch Maupassant und Oskar Wilde standen ihm nicht ferne. Unausgesprochen, aber doch der einzig richtige Vergleich war der mit Goethe.

Technisch schien uns — wenn wir eine kleine Meinung wagen durften — die göttliche Länge der Sätze und Perioden an Kleist zu erinnern, und darum kamen Untersuchungen zu keinem Ende, weil alles mit epischer Breite und Umständlichkeit umschrieben und dargestellt wurde, und man am Schlusse noch nicht wußte, was Namlos eigentlich gemeint hatte.

Aber es kommt schließlich nicht auf die Form an, sondern den Geist, den sie umschließt. Da wir selbst keine Dichter sind, um über hohe Kunst ein richtiges Urteil zu haben, so unterhielten wir uns mit Namlos auch über anderes. Es seien hier einige Proben aus diesen Gesprächen zitiert:

„Frühling und Sommer sind bedingt durch die verschiedenen Sonnen- und Erdstellungen zueinander, dadurch verändern sich die klimatischen Verhältnisse der Atmosphäre, indem die Sonne weniger Wärme ausstrahlt. Das langsame Zurückweichen der Erdwärme ist ein Parallelismus zum langsamen Zurückweichen der Sonne zur Erde." Er habe seiner Zeit das Kant-Laplacesche System studiert. Aber da es lange her ist, ist erklärlich, daß die Stellung und Bewegung der Himmelskörper ihm nicht mehr so ganz klar sind und er die Tages- und Jahresdrehungen der Erde durcheinanderwirft.

Auch in irdischer Geographie gerät er leicht abseits; in der Richtung Zürich—Rapperswil geht es vorzüglich bis nach Sargans, dann aber kann er die Richtung nur mit Mühe einhalten, kommt ins bayerische Alpenland,



wirft Görz und Verona, Bologna und Mailand usw. durcheinander. Auf einer stummen Karte kann er die Grenzen des Kantons Freiburg nicht umfahren.

Napoleon hat ihm als Parvenunatur imponiert, er schätzt seine Lebzeit um ca. 1700, weiß dann, daß er vor Goethe lebte, der 1830 starb. Irgendein wichtiges Ereignis aus Napoleons Leben kann er nicht angeben, außer daß er mit größter Rücksichtslosigkeit die Völker seinen Zwecken opferte. Elba ist ihm St. Helena und St. Helena Elba, wo die Inseln liegen, ist nicht weniger unklar usw.

1291 war die „erste definitive Konstitution" des Bundes der Eidgenossen, zu dem damals Uri, Schwyz, Unterwalden, Glarus und Bern gehörten. Circa ums Jahr 1000 lebte Wilhelm Tell „friedlich seinen Weg, ein guter, dummer Mensch". Er erlebte dann die Affäre mit Geßler von Grüningen regelrecht nach Schiller. Was seither in unserem lieben Helvetien noch geschehen, hat den Dichter Namlos nicht mehr berührt. Darum hat er auch keine blasse Ahnung über Zweck, Zusammensetzung, Zahl usw. des Bundes-, Stände- und Nationalrates wie auch anderer eidgenössischer oder kantonaler Behörden.

Über Christus wußte unser Poet folgendes zu berichten: „Der Heiland lebte ungefähr 500 Jahre nach der griechischen Blütezeit. Unsere Zeitrechnung, von der Geburt Christi an gezählt, dürfte etwa zu der Zeit, da Paulus in Rom predigte, begonnen haben. Christus hat als Prophet der Menschheit durch seine Handlungen das neue Evangelium verkündet, er hat uns die lebendige Kraft Gottes in seinen Handlungen gezeigt, indem er sich als Sohn Gottes ausgab und somit auch mit göttlichen Kräften geweiht war und das Volk Israel aus dem Dunkel seines religiösen Zustandes befreite."

„Die Pharisäer kreuzigten Christus, weil er sich als Sohn Gottes ausgab, weil er ihre tote, dogmatische Wissenschaft mit seinen Handlungen widerlegte und sie als Heuchler hinstellte und er ihnen sagte, daß sie Buße tun müßten. Christus ist gestorben für die Idee seiner neuen Ideale. Er ist gestorben, weil die Konsequenzen seiner Lehre ihn vernichtet haben. Er ist der Erlöser, er hat uns von der Schuld des Unglaubens erlöst!"

Trotz aller dieser schönen und trefflichen Phrasen, die nach außen hin sehr richtig sind, konnte aber Namlos auch auf langes Fragen nicht angeben, wo der Kernpunkt der ganzen Erlösungslehre liegt, nämlich im Opfer für die Schuld des Sündenfalles. Und besser konnte unser Poet die Auffassung und Verarbeitung eines Begriffes nicht dokumentieren, als wie er oben unsere Zeitrechnung und das Leben Christi in Zusammenhang brachte.

Das hinderte ihn aber nicht, über Psychologie und Psychanalyse zu sprechen, zumal da er bei Freud in Wien empfangen worden sein will. Das Fundamentale der ganzen Lehre Freuds sei, ins Unterbewußtsein eindringen zu können. „Das Unterbewußtsein ist meines Erachtens das

schlummernde, unbewußte Seelenleben in chaotischem Zustande des Gehirns. Ich denke mir dieses als eine Kugel, in der das Unterbewußtsein ist. Alle Sinneseindrücke sind hier gebannt. Die Kugel wäre ein psychischer Raum, und der Übergang aus dieser Kugel zum Oberbewußtsein wäre die psychische Zeit. Das Mittel dieses Überganges ist der Traum. Alle Gefühle des Unterbewußtseins sind für den Menschen tot, solange sie nicht durch eine Reizung geweckt und durch den Traum zur psychischen Zeit werden. Psychische Zeit ist das Produkt des Überganges eines Gefühles oder Gedankens des Unterbewußtseins in den Zustand des Traumes oder des Oberbewußtseins. Theoretisch ist der Traum eine Loslösung und Widerspiegelung eines unterbewußten Gefühls. Der Traum ist die unwillkürliche Betätigung des Gehirns und unterscheidet sich von dem Oberbewußtsein in den meisten Fällen durch das Fehlen einer Kontrolle durch den Verstand des Träumenden. Es gibt allerdings Fälle, wo der Träumende im Traume selbst reflektiert, ihn verstellt oder abändert, nach seiner scheinbaren Willkür gestaltet, aber diese Traumart ist m. E. nur typisch und das Kennzeichen für hervorragende Intelligenz."

Wie die Anführungszeichen zeigen, ist dies ein wörtlich wiedergegebenes Diktat unseres Dichters. Er stellte sich überhaupt seine dichterischen Themata in die Lösung irgendeines psychologischen Problems. Und er ging so sehr in der Psychologie auf, daß er seinem eben ernannten Vormund angab, er leide an „psycho-physischem Paralellismus". Diese neue Krankheit entsprang bei ihm, wie er erklärte, der Beobachtung, daß er jedesmal, wenn eine Depression sein Gemüt psychisch bedrückte, auch physisch Schmerzen empfand, in Form von Rheumatismus! —

Vielleicht sind Begriffe, die seinem hohen Berufe inneliegen, klarer?

Es definiert darum unser Poet, „der gewohnt sei, streng dramatisch zu fühlen", den tragischen Helden folgendermaßen: „Der tragische Held ist das leidende Wesen, die Konsequenz einer Handlung, die zu seinen Ungunsten endet, und die in ihm durch menschliche Einflüsse und Schicksale und eigene Fehler Leiden machen." „Ödipus ist tragisch, weil er seine Mutter geliebt hat, ohne es zu wissen, und weil die sittliche Konsequenz in ihm nachher diese Liebe wider seinen Willen zerstörte."

„Lyrisch ist die Einfachheit eines Gefühls ohne Komplikationen, das von außen oder von innen auf den künstlerischen Geist einwirkt und in demselben eine Stimmung auslöst, die eine ruhige Melodie oder ein unkompliziertes Moment in seiner Reinheit und Tiefe darstellt und in seiner naiven Empfindungsweise unmittelbar zum Herzen drängt. Ich betrachte die Lyrik künstlerisch und seelisch als die einfachste, vielleicht auch naivste dichterische Form, die auch ohne qualitative Fähigkeiten, sprachliches Ausdrucksvermögen usw. möglich ist und in ihrer Art das Einfache, Schlichte, Persönliche des Menschen äußern kann. Die Poesie hat ihren Ursprung in dem primitiven Volkslied, und ihre höchste Entwicklung ist wiederum in einer reinen Primitivität des Ausdrucks erreicht worden —



z. B. Goethe — das Heideröschen —. Meine Ansicht ist die, daß jede lyrische Betätigung einem unschuldigen Dilettantismus entspringt, nur bei künstlerisch stark begabten Menschen das Niveau des Durchschnittes übersteigt, und viele Menschen, die sehr lyrisch begabt sind und dort Künstlerisches erreicht haben, sind meines Erachtens als Dichter, wenn sie nicht auf andern Gebieten, Prosa, Novelle, Homogenes erreicht haben, keine eigentlichen Dichter, sondern nur Gelegenheitsdichter, deren Begabung entweder aus dem Volksliede hervorging" (sic!).

Vielleicht ist ein geneigter Leser Fachmann und kann eher beurteilen, ob diese Definition dem Begriff des Lyrischen entsprechend sei. Auf jeden Fall ist sie recht tief in ein schwer zu durchdringendes Gewirr bombastisch aufgeschossenen Phrasengesträuchs verborgen. Sie ist für den Leser nicht recht klar, und noch weniger hat man den Eindruck, daß sie dem Dichter selbst klar sei.

Kehren wir uns zur prosaischen Realität, die möglicherweise dem Dichter geläufiger war. Er möge etwas von der Dampfmaschine sagen, und er berichtet: Eine Dampfmaschine „beruht auf der treibenden Kraft des siedenden Wassers, d. h. der Dampf sucht sich zu verdrängen (sic!) und bewirkt durch Einschließung einen Druck an die Wände eines verschlossenen Raumes, der dann durch die Öffnung in lebendige Kraft umgewandelt wird". „Am Ort der Öffnung, wo der Dampf ausströmt, muß die Maschinerie angebracht werden." — „Kupfer ist ein Metall. Ich glaube, die Gelehrten wissen es selbst nicht, denn ich habe einmal im „Café Terrasse" einem sehr gelehrten Gespräch mit Prof. W. zugehört, in dem man sich stritt, warum es Elektrizität leite."

Ebenso kann er nicht plausibel erklären, warum man Vorfenster hat. „Es ist geschützter!", aber warum, weiß er nicht, usw.

Wir könnten noch verschiedene Proben aus dem Wissen unseres Dichters anführen, aber es dürfte genügen. Mit überlegenem Lächeln bezeichnet er dies alles als einen Wissenskram, der einen großen Dichter nur belästige. Auch Goethe habe z. B. nicht gewußt, was eine Lerche sei, er habe es eben in den Gesprächen mit Eckermann gelesen.

Auf was seine Düngerfabrikation aufgebaut war, haben wir oben schon dargestellt, und ebenso, was er zu seinen verschiedenen Taten zu bemerken hat. Es schien, als ob die Dinge, je konkreter sie waren, ihm um so ferner lagen.

In der Klinik war Namlos' Stimmung stets eine gleichmäßig ruhige, lächelnd überlegene, gefaßte, selbstbewußte. Auf ihr spielten Affekte, freilich nicht sehr ausgiebig, nicht weil sie ungenügend stark waren, sondern weil des Dichters würdevolles Benehmen sie unterdrücken mußte. Er vermochte über den Unsinn seiner Düngerfabrikation zu lachen, „sie werde ihn sein Leben lang als eine lächerliche Episode verfolgen". Es berührte ihn unangenehm, sein Wissen so minim sehen zu müssen, auch wenn es äußerlich durch das überlegene Lächeln und den Vergleich mit Goethe

verdeckt wurde. Er verlor seine Fassung ganz und gar, errötete zornig verlegen und weinte schmerzvolle Tränen, als er nach einer Reihe längerer Unterredungen merkte und erfahren mußte, daß wir von seiner Künstlerschaft gar nicht berührt und überzeugt waren, daß wir ihn nicht für einen Dichter, aber wohl eher für einen Schwindler halten mochten.

Unerschöpflich war seine Phantasie. Alles wußte er in wohlgesetzter Rede aufs schönste auszuschmücken und zu berichten. Alles strahlte im Abglanz seiner dichterischen Persönlichkeit und wurde vom modernsten psychologischen Standpunkt aus betrachtet und erfaßt. Im Dienste dieser Dichterpersönlichkeit modelte er auch alles um und setzte es sich zurecht. Seine Liebesverhältnisse wuchsen sich aus zu den Beziehungen literarischer und künstlerischer Art nach den besten Vorbildern der Weltgeschichte. Er hatte mit allen Größen verkehrt: Schnitzler, der Dichter, ist ihm gewogen, bei Freud, dem berühmten Psychologen, geht er zu Gast, er verkehrt in Berlin mit Moissi und Reinhard; Maler und Künstler sind seine Bekannten, dieser und jener hat die besten Urteile über seine Tätigkeit; indische Fürsten empfangen ihn usw.

Ähnlich in seinen geschäftlichen Beziehungen.

An den Funktionen seines Gedächtnisses war uns nichts aufgefallen.

Über seine moralischen Qualitäten war zu sagen, daß er nicht als moralisch defekt bezeichnet werden konnte. Aber weil sein Verstand klein, seine überbrodelnde Phantasie im Verhältnis dazu übergroß war, ermangelte er der Einsicht in seine Handlungen.

Wir fanden keine Anhaltpunkte für krankhafte Sinnestäuschungen irgendwelcher Art. Ebenso nicht für krankhafte Wahnideen, wie sie bei erworbenen Geisteskrankheiten vorkommen.

Während seines hiesigen Aufenthaltes fiel uns nichts auf im Sinne einer Periodizität seiner Stimmungslage.

Er beschäftigte sich in der Klinik mit seinen Werken, schrieb uns zum Beweise seiner Künstlerschaft verschiedene Bruchstücke aus seinen Schöpfungen auf, ein bestimmt gegebenes Thema novellistisch zu bearbeiten, gelang ihm in mindestens 2 Wochen nicht, die Umstände wirkten zu lähmend auf sein dichterisches Schaffen. Begreiflich und verzeihlich! Körperlicher Arbeit schien er sehr abhold zu sein, jeder Anlauf brach am 1. Tage in quälendem „Rheumatismus“ zusammen.

Dieser Fall fügt sich trefflich zum erst beschriebenen. Beide Jünglinge treten in einer sich vorphantasierten Persönlichkeit auf, der eine als „Doktor“, der andere unter der Firma „Schriftsteller“.

Beide besitzen eine sehr große Fähigkeit der Rede und des Auftretens, beide verbergen dahinter eine fast unglaubliche Unklarheit. Oberflächlichkeit und Leere der Auffassung; ihre Begriffe sind ohne Abgrenzung, gasförmig, unfaßbar. Der reale Untergrund dessen, mit



dem die beiden operieren, ihre Rolle durchführen, die Leute blenden und bestechen, ist eine zerfließende hohle Blase, über welche eine vielversprechende Sauce großartiger Redegewandtheit gegossen ist.

Dem Doktor kommt eine gewisse technische Fähigkeit in seinem Berufe zuhilfe, und der Schriftsteller ersetzt dies durch Pose.

Der Doktor wie der Schriftsteller scheitern. Jeder hat einen praktischen Beruf, den er ausüben kann, der ihn ehrlich durchs Leben zu bringen vermöchte, freilich in bescheidenen Grenzen, der eine als Buchdrucker, der andere als Zahntechniker. Beide aber lassen sich durch ihre krankhafte Phantasie und einen ebenso krankhaften Trieb und Tätigkeitsdrang verleiten, über die Grenzen ihrer Fähigkeiten weit hinauszugehen und schließlich mit den Gesetzen in Konflikt zu geraten.

Die Unklarheit und Oberflächlichkeit der Begriffsverarbeitung zeigt sich beim Dichter Namlos vor allem in seiner Fabrikationsgründung.

Mit dem Wunsche, seine Selbständigkeit zu dokumentieren, mehr oder weniger getrieben von einer Liebesaffäre, greift er die Idee einer vorteilhafteren Verwertung von Pferdemist auf. Es genügt ihm dazu, in einer Zeitschrift einmal einen Artikel über ein derartiges chemisches Verfahren gelesen zu haben, um die Idee zur Tat werden zu lassen. Ohne jegliche Vorkenntnisse in geschäftlicher und technischer Beziehung stellt er ein Exposé auf, berechnet glänzende Einnahmen und schließt mit allen Pferdebesitzern der Stadt Verträge ab. Weder weiß er, ob sein Verfahren überhaupt möglich ist, noch was er dazu braucht, ob er überhaupt Abnehmer für seine Fabrikationsprodukte finden wird — dies alles wird nicht im entferntesten in Erwägung gezogen; irgend jemand im Kaffeehaus hat ihm gesagt, die Idee sei glänzend, und ein anderer stellte ihm Geld in Aussicht, falls die Fabrik gehe: dies genügt, um ihn ein riesiges Geschäft inszenieren zu lassen, das monatlich Tausende Franken von Reingewinn abwerfen soll, in dem aber der einzige Arbeiter noch aus der eigenen Tasche die Werkzeuge beschaffen muß!

Für ihn war die ganze Geschichte kein Bluff, mit dem er eine Reihe Leichtgläubiger hineinlegen wollte; die Sache war das ehrlichste Unternehmen, das er in seinem Leben angepackt hatte, und den größten Schaden trug er selbst in jeder Beziehung davon.



Auch der Handel mit dem Magenpräparat war auf einer ähnlichen Denkunklarheit basiert. Er wollte sich goldene Berge damit erwerben und wußte nicht einmal, aus was es bestand und wie das Mittel herzustellen wäre.

Die Aussicht, irgend etwas unternehmen zu können, z. B. beim „Deutsch-Nationalen Weltbund" beschäftigt zu werden, ließ ihn die Wirklichkeit der Idee schon als vorhanden erscheinen, der Plan, Filialen zu gründen, machte ihn zum Leiter derselben.

Noch deutlicher erscheint nun die Unklarheit des Denkens bei einem dritten Fall, der in seinen Unternehmungen weniger phantastisch und sich überhebend war als die beiden eben dargestellten Fälle. Um so deutlicher tritt dafür das Mißverhältnis zwischen Trieb und Können hervor, die Diskrepanz zwischen Scheinen und Sein in den intellektuellen Fähigkeiten.

3. Der Kaufmann Albert Nichtgenannt hatte außer einer seit 20 Jahren geisteskranken Stiefschwester keine Fälle von psychischer Erkrankung in seiner Familie. Als er zur Welt kam, war sein Vater, ein hablicher Apotheker, schon 60 Jahre alt. Als Kind war Ungenannt nervös, litt in den Entwicklungsjahren an Nachtwandeln und war in der Schule schlecht, zum Teil wohl aus Faulheit. Auch viele Nachhilfestunden trieben die Leistungen des Jünglings nicht so in die Höhe, daß man ihn hätte studieren lassen können. Nach der Schulzeit trat er darum in die Lehre als Drogist, übernahm später die Apotheke des 80jährigen Vaters, machte eine Drogerie daraus, wurde selbständig und wandelte schließlich seine Firma in ein Kompagniegeschäft um. Um seinem Geschäft eine solidere Basis zu geben, heiratete er ein reiches Mädchen, aber schon nach 5 Jahren ging jeder Teil seine eigenen Wege, ohne freilich zur Scheidung zu schreiten.

Von jeher zeichnete ihn nach Bericht der Schwester eine große Lügenhaftigkeit, Feigheit und grenzenlose Gutmütigkeit aus.

Es brannte ihm sein Haus ab, und da schickte er nachher seiner Schwester eine Ansichtskarte mit der Brandstätte, auf der er nebst einigen Feuerwehrleuten abgebildet war. Darunter standen die Worte: „Das größte Brandunglück, das je gesehen wurde", und er berichtete mündlich mit Tränen der Rührung, wie selbst die Töchter des reichen Webereibesitzers in Kanonenstiefeln mitten im Trubel hilfreich Hand ans Werk gelegt hätten, was gar nicht wahr gewesen war.

Seinen Verdienst im Geschäft schätzte er nach seinen Berichten auf 10—20 000 Fr., meist für jeden seiner Teilhaber; er gründete Filialen, schaffte sich ein Lastauto an, verdoppelte und vervielfachte das Personal, trieb aber so seine Firma, die früher guten und regelmäßigen Verdienst

geboten hatte, in Konkurs, trotzdem ihm seine Frau 180 000 Fr. gebracht hatte.

Kurz vor dem Ruin mietete er in der benachbarten Stadt noch zwei Bureaux, lud seine Verwandten zu Autofahrten ein, berichtete von seinem neuen Luxusauto und von großartigen Geldgeschäften.

12 Jahre nach der Verheiratung reichte die Frau des Nichtgenannt Scheidungsklage ein, und obwohl auch sie seit Jahren Beziehungen zu Angestellten ihres Mannes gehabt hatte, ließ sich Nichtgenannt von dem Advokaten bereden, alles auf sich zu nehmen, er willigte in sämtliche Verträge ein und verpflichtete sich, die 180 000 Fr. Frauenvermögen zurückzubezahlen und monatlich für seine Kinder 300 Fr. Alimente zu entrichten.

Nichtgenannt blieb natürlich jegliches schuldig, denn er hatte längst abgewirtschaftet. Er siedelte nach der Großstadt über, übernahm Vertretungen, mietete eine Vierzimmerwohnung, nahm eine Haushälterin, einen Prokuristen und ein Bureaufräulein. Der Betrieb war fidel, herzlich und sorglos. Autos fuhren vor, Gäste wurden empfangen, der Ruf des reichen Kaufherrn verbreitete sich bald, seine Haushälterin kaufte Seide und Samt, er dinierte im Hotel.

Einmal freilich wollte die Sittenpolizei das fröhliche Haus näher besehen, aber sie zog sich wieder zurück, ohne etwas Tadelnswertes zu rügen. Bald wollte auch der neidische Klatsch am Glanze des Hauses nagen, man sprach von unbezahlten Rechnungen und wollte den reichen Mitteln mißtrauen. Da bezog Nichtgenannt eine andere Wohnung und gründete eine Lebensmittelgesellschaft „Cerealia", wurde Direktor derselben, alleiniger Verwaltungsrat und Inhaber. Die stets heruntergelassenen Rolladen seines Magazins verbargen dessen reich aufgestapelte Vorräte, die 50 Säcke Gerste ausmachten, man nahm an, Kaufmann Nichtgenannt mache in Kommission.

Im Drange der Geschäfte vergaß Herr Nichtgenannt immer seinen Verpflichtungen der geschiedenen Frau und den Kindern gegenüber nachzukommen; darum legte der Anwalt dieser mit Recht Klage ein, zumal man im Glauben war, er verdiene bei seinem großartigen Betriebe viel Geld.

Alsbald zeigte sich aber die Kehrseite des Bildes: außer Schulden und 50 Säcken Gerste war nichts da, und es häuften sich auf diese Entdeckung hin Klage um Klage. Es ergab sich, daß er seine Wohnungsmieterin mit Schecks vertröstet hatte, für die fälligen Termine aber keine Gelder auf der Bank lagen, daß er als Vertreter einer ausländischen Petroleumfirma die schuldigen Beträge wohl einkassiert, aber nicht weitergegeben hatte, daß er im Namen von Fabriken als deren angeblicher Vertreter Bestellungen ausgeführt und auf eigene Rechnung weiter verwertet hatte. Kurz, es kam so viel zusammen, daß Herr Nichtgenannt, der auch durch ziemlich reichen Alkoholgenuß schon mitgenommen war, schwer nervös wurde und in der Klinik des Burghölzli Ruhe und Erholung zu suchen sich gezwungen sah.

Die Untersuchung und Beobachtung in der Klinik ergab weder für Dementia praecox noch Epilepsie Anhaltpunkte. Ebenso war ein Suchen nach Paralyse resultatlos. Im Vordergrunde der Symptome stand seine Willensschwäche, verbunden mit einer Pseudologia phantastica, die ihn von jung an ausgezeichnet hatte, und für die wir oben, um nicht zu lang zu werden, nur einige kurze Belege gaben.

Was aber für die vorliegende Arbeit das meiste Interesse beansprucht, war die Art und Weise, wie seine intellektuellen Fähigkeiten sich äußerten.

Er beschreibt z. B. den Unterschied zwischen Kind und Zwerg folgendermaßen: „Der Zwerg bleibt, wenn er auch älter wird, verhältnismäßig immer in der gleichen Größe, währenddem das Kind mit dem Alter wächst und eine normale Größe durch die fortwährende Entwicklung erhält. Ein Zwerg (der nicht mehr wächst) mit einem Kinde verglichen: Ein Kind ist in Gedanken und in den Handlungen stark zurück und sieht noch seiner Entwicklung entgegen. Man kann es gut „defilieren" (sic!): ein normales Kind entwickelt sich nach und nach im Geist und im Körper, und ein ausgewachsener Zwerg, der eventuell die gleiche Größe hat wie ein kleines Kind, ist im Geist und Körper total entwickelt." —

Die Definition wird rein äußerlich schon unklar durch die Länge, die Wiederholung, die Unverständlichkeit. Der Beisatz „wenn er auch älter wird", ist unnötig, denn im Begriff „Zwerg" ist das „alt" schon enthalten. Das gleiche gilt von der Bemerkung in der Klammer („der nicht mehr wächst"). Beide Nebensätze werden auch unnötig durch die Formulierung: „Der Zwerg b l e i b t". Mit „verhältnismäßig" will er aus einem andern Gedankengang das Mißverhältnis zwischen Größe und andern Eigenschaften, wohl den geistigen, angeben, wendet dann aber dieses Mißverhältnis nachher falsch an, indem er vom Kinde sagt, „ist in Gedanken und Handlungen s t a r k z u r ü c k". Das Beiwort „normales" ist wieder aus einem andern Gedankengang hergenommen, indem der Zwerg nicht normal ist, der Vergleich mit einem normalen Kinde aber selbstverständlich. Auch „ausgewachsen" liegt schon im Begriff „Zwerg", und der Satz „der eventuell die gleiche Größe hat" ist überhaupt als der Ausgangpunkt des Vergleiches, der doch von der Größe bzw. Kleinheit ausgeht, wieder überflüssig. —

„Ein Strauch ist ein Gebüsch, während der Baum einen Stamm mit Ästen und Blüten hat." — „Strauch" und „Gebüsch" ist im Sinne der Unterschiedsfrage ungefähr das gleiche. Der eigentliche Unterschied, der „Stamm", wird beim einen Vergleichsobjekt gar nicht erwähnt, beim andern nur in der Nebensache und zum Vergleich nicht ausgenutzt, dafür aber der Hauptwert auf „Äste und Blüten" gelegt, was keine Vergleichseigenschaft ist, da auch der Strauch oder das Gebüsch „Äste und Blüten" hat. —

„Die gegenwärtige Kriegslage (März 1916): Deutschland, Österreich, Japan und Türkei gegen Frankreich, Rußland, Serbien, England und



Portugal. Die jetzige Situation ist die, daß seit Kriegsbeginn kein großer Fortschritt erklärt werden kann, als daß eine Unmasse militärpflichtiger Personen zum Opfer gefallen sind." — Einmal zeigt diese Antwort, wie oberflächlich und unklar auch aktuelle Dinge aufgefaßt werden, die sonst jeden Menschen, gar von dem Tätigkeitsdrang und dem Unternehmergeist des Nichtgenannt, interessieren. „Japan" ist am falschen Orte aufgezählt und ist inhaltlich gleichgültig. Ebenso ist „Portugal" für die Beantwortung der Frage gleichgültig, es wird nur hergesagt, weil es gerade in den Zeitungen steht, dafür aber werden Italien, Belgien, Montenegro, deren Anteilnahme am Kriege gerade für uns eine viel wichtigere Bedeutung hatte, nicht erwähnt. Von den großen Ereignissen wird nichts genannt. „Fortschritt erklären" ist schwülstig, vom Biertisch hergenommen, im Zusammenhang der Examensituation deplaciert, ersetzt wohl den Ausdruck „man kann sagen". Das Wort „militärpflichtig" ist in diesem Gedankengang, der von Krieg spricht, in erster Linie selbstverständlich, weil jeder sofort in diesem Zusammenhang an „Militär" assoziiert. In der Zusammenstellung mit „Personen" wirkt es dann wieder unvollständig und verwaschen, weil mit „Personen" die „Zivilisten" in die Nähe des Gedankengangs gerückt werden. Es sollte darum wohl heißen „militärpflichtige und andere Personen" zum Opfer gefallen.

„Petroleum ist Rohöl, das aus der Erde gewonnen wird. Es kommt aus Gegenden, wo viel Steinkohle, wo verkohlter Boden ist. Steinkohlen, sind in der Erde verbrannte, verkohlte Steine, davon ist schon der Name, in den Gegenden, wo gewisse Gasentwicklung existiert. Es ist ein Verbrennungsprozeß von Substanzen in der Erde. Die Erde ist gashaltig und die Gruben, und mit den Jahren und mit dem Druck sind feste Erdmassen und Steine eben verbrannt." Bei dieser Antwort ist nicht zu vergessen, daß Nichtgenannt mit Petroleum und Benzin Engrosgeschäfte betrieb. Dann auch, daß er als Sohn eines gebildeten Apothekers eine Reihe physikalischer und chemischer Begriffe kennen mußte. Dies zeigt auch der Gebrauch von „Verbrennungsprozeß", „Gasentwicklung", „Druck" usw. Trotzdem hat er die Assoziation von der Unverbrennbarkeit des Bodens und der Steine nicht, und erklärt er „Steinkohle" den einzelnen Begriffen der Wortzusammensetzung nach, wie höchstens einer tun kann, wenn er zum ersten Male mit diesem Wort zusammenstößt und von „Steinkohle" in keiner Richtung eine Ahnung hat.

Ein bestes Beispiel ist folgende Antwort: „Katholisch ist gleichbedeutend mit „konservativ"; die vertreten den katholischen Glauben. Bei den Protestanten hat es Liberale, Demokraten, aber auf der konservativen Seite hat es auch Demokraten. Sozialisten hat es bei den Konservativen und bei den Protestanten. Juden sind vom hebräischen Stamm; dort gibt es keine Konservative" (letzteres mit herzlichem Lachen, weil ihm die entsprechende Frage wohl gar zu naiv vorkam!).

Ein langer Kommentar ist da nicht nötig. Nichtgenannt lebte immer



in einer paritätischen Gemeinde und in einer eifrig politisierenden Gegend, machte selbst sicher schon als Handelsmann ex officio in politicis eifrigst mit. Trotzdem konnte er die Begriffe „katholisch" und „protestantisch" nicht so verarbeiten, um zu begreifen, daß sie mit politischen Parteien im Grunde gar nichts zu tun haben; anderseits wieder ist ihm nicht bewußt geworden, daß es Vertreter von beiden Konfessionen bei den Liberalen wie bei den Demokraten, Konservativen und Sozialisten geben kann und gibt. Daß in „Juden" ein Religionsbegriff ist, wollte er mit „vom hebräischen Stamm" ausdrücken und wohl einen Gegensatz gegen „Christen" bilden. Weil er „konservativ" und „katholisch" gleichsetzt, kommt ihm darum die Frage lachhaft vor, ob es bei den Juden auch „Konservative" gebe. Dafür hat er aber nicht gemerkt, daß alle politischen Parteien bei den Juden vertreten sein können, eben weil „Juden" ein religiöser Begriff ist, der wieder mit den politischen Richtungen und Bekenntnissen nichts zu tun hat.

Noch einige Antworten aus seinem Fachgebiet als Drogist und Gehilfe in der Apotheke seines Vaters. „Spiritus ist ein Destillat aus Kartoffeln. Es gibt auch denaturierten Spiritus, der nur einfach destilliert ist." „Destillation ist ein Auszug von einer Frucht oder einer Pflanze vermittelst Weingeist. Es kann auch gewöhnliches Quellwasser überdestilliert oder ausgezogen werden. Dazu braucht man keinen Weingeist (lachend!). Es bleiben die Salze zurück." — Hier sind eine Reihe von Begriffen, die er praktisch gelernt, deren eigentlichen Inhalt er aber nicht verarbeitet hat. So nimmt er vom „Destillat" nicht das Wesen des Verdampfens und Überführens, sondern einen Nebenfall, bei dem zuerst ein alkoholisches Extrakt hergestellt wird, und verallgemeinert damit. Anderseits weiß er aber, daß bei der Destillation von Wasser der Weingeist nicht in Betracht kommt, kann aber daraus nicht folgern, daß darum nicht der Weingeist, sondern etwas anderes das Wesentliche der „Destillation" sein muß. —

Unterschied zwischen Tinktur und Destillat: „Tinktur wird auf kaltem Wege bereitet, während bei der Destillation die Zubereitung per Dampf oder per Holz- oder Kohlenfeuerung, je nach dem System, vor sich geht." Nach der Formulierung seiner Antwort kann „Tinktur" mit „Destillation" nicht mehr verglichen werden. „Tinktur" ist der fertige Zustand, der mit dem Prozeß in „Destillation" verglichen wird. Der Kernpunkt des Unterschiedes, die Extraktion, wird aber nicht gegeben, dafür wird ein Bestandteil beim Prozeß der Destillation in den Vordergrund gehoben, nämlich „Dampf oder Holz- oder Kohlenfeuerung". Beim Vergleich ist die Art der Wärmeerzeugung ganz unwesentlich, die Häufung der Ausdrücke wird schwülstig, zudem ist die Reihe „Dampf — Holz — Kohle" keine gegensätzliche Reihe. —

„An der Dampfmaschine ist der Kolben die Hauptsache, worin der Dampf „gewechselt" wird."

„Dampf ist aus gekochtem Wasser, er wird erzeugt durch Erhitzen von Wasser. Wenn das Wasser kocht, entsteht schon Dampf bei 40—50°;



z. B. in einem Baderaum wird die Decke naß vom Dampf. 60—70° ist der Siedepunkt. Das Wasser gefriert bei 10° Kälte." Die letzten Zitate brauchen nach den obigen keiner weiteren Bemerkungen.

Die oben angeführten und kommentierten drei Fälle zeigen besonders deutlich das „unklare Denken", das den Verhältnisblödsinn zu begleiten pflegt. Einmal operieren diese Leute mit Begriffen und Worten, denen ein reales Wissen gar nicht entspricht. Wenn der „Kaufmann" als Sohn eines Apothekers und als Drogist und Handelsmann mit ausgedehntem Geschäft von Petroleum, von Steinkohlen, von Destillat und Tinktur spricht, so sollte man füglich annehmen können, daß er seiner Bildung und Stellung gemäß die Dinge auch einigermaßen verstehe, von denen er redet, und auch die entsprechenden chemischen und physikalischen Kenntnisse, die etwa drum und dran hängen, beherrsche. Dies ist aber nicht der Fall, er manövriert freilich in größter Sicherheit mit den Worten herum, hinter ihnen steckt aber kein Wissen und kein abgegrenzter Begriff.

Nichtgenannt konnte freilich bei vielem, das er gefragt wurde, behaupten, er habe es längst vergessen, z. B. Tatsachen des allgemeinen Wissens, Tellsage, Religionsfragen, Geographie usw. Hätte er es wirklich nur vergessen, so müßte er die nicht vergessenen Bruchstücke wenigstens in richtiger Art und Weise darstellen und die Unsicherheit zeigen, die man halb entschwundenen Dingen gegenüber hat. Dem ist aber nicht so; was vorgebracht wird, erscheint mit der Sicherheit des festen Besitztums und zeigt, daß nicht nur das Übriggebliebene, sondern auch das Vergessene nur ungenau, nebelhaft aufgefaßt und begriffen worden ist. Darum auch das „Vergessen" so vieler Tatsachen, die sonst sogar zum geistigen Besitz selbst des einfachsten und ungebildetsten Mannes gehören!

Die gleiche Unklarheit der Begriffsauffassung und Verarbeitung erscheint auch bei den Dingen, die ihn alltäglich umgeben, und mit denen er jederzeit arbeiten muß. Es sei nur nochmals auf seine Definition von „Baum" und „Strauch" hingewiesen, auf seine Auseinandersetzungen über „katholisch und reformiert".

Bei solchen Leuten mit unklarem Denken wird zur Regel, was jeder Klardenkende schon ausnahmsweise an sich beobachtet haben wird: man hört oder liest irgend in flüchtiger Weise ein Fremdwort, faßt es nur halb auf und trägt es so unverarbeitet mit sich herum.



Der Normale versichert sich nun des Wortes bei der nächsten Gelegenheit und nimmt es in richtigen und dauernden Besitz, oder aber er tut es nicht und schleppt es geniert als Ballast mit, den er sich nie recht zu gebrauchen getraut, weil er seiner nicht sicher ist. Leute mit unklarem Denken aber versichern sich des schlecht aufgefaßten Begriffes nicht, weil ihnen das Gefühl der Unsicherheit mangelt, und sie genieren sich darum auch nicht, den Begriff nur halb oder gar nicht verstanden zu gebrauchen.

Alle die beschriebenen Fälle erscheinen klinisch in erster Linie nicht als Imbezille, sondern als Pseudologen und Verhältnisblödsinnige, worüber später noch einiges gesagt werden soll.

Ihre Unklarheit des Denkens und der Auffassung ist für unser jetziges Wissen ganz analog derjenigen Störung, die oft bei erethischen Imbezillen vorkommt.

Als Beispiel dienen Bruchstücke aus der Kenntnisprüfung bei einem 15jährigen Knaben.

4. Aus der Krankengeschichte des Hermann Bleng war zu bemerken, daß der Vater Potator gewesen, die Mutter nervös und Geschwister an Tuberkulose leidend.

Körperlich war der Junge für sein Alter sehr hoch aufgeschossen, zeigte sonst nichts Auffälliges. In der Schule mußte er 2mal sitzen bleiben; er war in letzter Zeit faul geworden, oberflächlich, flüchtig, gehorchte nicht mehr, machte eine Reihe loser Streiche, lief weg und stahl an mehreren Orten Geld und allerlei Kleinigkeiten, auch eine Uhr. Die Zustände zu Hause wurden unhaltbar, und schließlich sahen sich die Behörden veranlaßt, den Psychiater um Beobachtung und Rat zu bitten.

Der Knabe hielt sich in der Klinik gut. Er zeigte sich munter, aufgeweckt, tätig. Eine genauere Prüfung seiner Kenntnisse und geistigen Fähigkeiten ergab, daß, abgesehen von wenig entwickelten moralischen Gefühlen, er als debil zu bezeichnen war. Es kam dabei, wie die folgenden Beispiele zeigen werden, auch hier die unklare, oberflächliche, verwischte Auffassung der Dinge zutage.

Von Wilhelm Tell berichtete der Knabe folgendes wörtlich Notierte: „Wilhelm Tell und sein Bruder schritten einst durch einen Fußweg. Sie sahen, daß an einer Stange Geßlers Hut aufgehängt war. Der Knabe sagte zu Wilhelm, was das bedeuten sollte, der Hut auf der Stange, der Vater sagte, Geßler hat gesagt: Wer diesen Weg durchzog, muß sich vor ihm beugen. Wilhelm Tell neigte sich aber nicht. Hinter dem Gesträuch waren ein paar Kriegsknechte, sie nahmen Tell gefangen und führten ihn vor Geßler. Geßler befahl dem Wilhelm Tell sein Bruder Walter ein Apfel



vom Haupte zu schießen: „Ich mußte meinem Bruder so ein gefährliches Ding in den Kopf schießen. Mein Blut soll fließen, nicht Walters!" Er nahm die Flinte und schoß. Glücklich war der Pfeil durch den Apfel. Mit lautem Jubel wurde Tell begrüßt. Der Geßler befahl einige Kriegsleute (sic!), sie sollen ihn auf Küsnacht mit dem Schiff überführen und dort in den Keller werfen, weil er den Hut nicht gegrüßt hatte, und weil er nun den Apfel getroffen hatte, kam er noch in den Kerker" usw.

Nicht nur zeigte es sich, daß er die Geschichte bloß teilweise verstanden hatte, sondern daß er die Begriffe Flinte und Armbrust verwechselte, trotzdem er von beiden wußte, was sie bedeuten. Ebenso machte er ein Durcheinander aus den Persönlichkeiten der Geschichte. Er wußte, daß Wilhelm Tell der Vater des Knaben war, dem er den Apfel vom Haupte schoß, zugleich mußte ihm aber auch vorschweben, daß es ein Bruderpaar Walter und Wilhelm gab, und darum setzte er in einer Erzählung „Bruder" für „Vater", ohne es zu merken.

Ähnliches zeigte der Knabe auch ein andermal, da er von Jesus berichten sollte: „Der Jesus ist auf einem Spaziergang gewesen und ist verraten worden von einem Juden. Sie führten ihn dann vor Petrus und zeigten ihn an und verleugneten ihn. Petrus fand aber keine Schuld an ihm. Petrus rief: Jesus, sollen wir mit dem Schwerte dreinhauen, nahm das Schwert aus der Scheide und hieb einem Soldaten ein Ohr ab. Jesus heilte es wieder. Petrus schickte Jesus dann zu Pilatus. Der fand auch keine Schuld und geht auf die Treppe und rief: Ich finde keine Schuld. Die Juden riefen: Jesus habe den Knechten gesagt, sie wollen alle kleinen Kinder von den Weibern wegnehmen. Jesus wurde dann in einem Keller gepeitscht und die Kleider beraubt. Sie zogen ihm einen Purpurmantel an, damit sie ihn auslachen können, und eine Dornenkrone auf den Kopf gesetzt. Das war das Leiden Christi. Sie taten es, weil sie gesagt haben, er sei der König der Juden. Sie ziehen ihn vor das Volk, spien ihn an und schlugen ihn. Die Juden hatten noch mehr an ihm machen wollen und führten ihn vor Petrus und fragten ihn, was muß ich jetzt machen mit diesem Menschen. Die Juden riefen: Kreuzigen ihn, kreuzigen ihn. Petrus sagte: Ich muß so einen Menschen, so einen unschuldigen Menschen kreuzigen lassen, und sagte, sie sollen mit ihm zu Pilatus gehen, und er sagte, er gebe ihnen die Erlaubnis zu kreuzigen. Nun wurde er genommen und mußte das schwere Kreuz auf die Schulter nehmen und ging auf den Klavarienberg" usw.

Aus dieser Erzählung geht hervor, daß der Fehler nicht in einem mangelhaften Gedächtnis liegt, dagegen spricht schon die Menge der vorgebrachten Details. Diese sind aber ungenau aufgefaßt und werden unverstanden mehr gefühlsmäßig als in einer durch den Verstand kontrollierten Reihenfolge wieder zusammengesetzt und vorgebracht.

Schon äußerlich zeigt sich die Unschärfe der Begriffsauffassung. Einem deutschgeborenen Knaben von 15 Jahren, der am Ende der Volks-



schulzeit steht, passieren sonst keine solche grammatikalischen Fehler, wie sie oben in Menge wiedergegeben sind. Ähnlich wie er die grammatikalische Wortbildung mangelhaft verarbeitet, hat er auch Worte selbst unrichtig und nur oberflächlich erfaßt und sagt darum u. a. „Klavarienberg".

Inhaltlich vermischt er die Personen des Petrus und Pilatus. Er vermengt den bethlehemitischen Kindermord des Herodes in die Anklagen gegen Christus, schiebt aber den Ausspruch vom „König der Juden" den Juden selbst in den Mund. Dies sind Begriffe, die gleichsam klanglich aufgelesen wurden, die aber unverarbeitet und unverstanden blieben und darum in falscher Zusammensetzung, oft sogar in sinnloser Zusammenstellung wiedergegeben werden.

Diese Störung der Auffassung der Verarbeitung von Begriffen ist dem gleichzusetzen, was der Kaufmann tat, wenn er „katholisch" und „konservativ" zusammenstellt, wenn der Schriftsteller von „höheren Hemisphären" schreibt, der Doktor seine Dissertation über Radium und Emanation zusammenschmiert, *Buchners* Philosoph über die Vorsokratiker sich ausläßt und *Bleulers* „Naturheiler" seine medizinischen Schriften verfaßt.

Diese Störung bleibt aber nicht nur bei theoretischen Dingen stehen, sie greift ins praktische Leben hinein und macht sich auch in den Werken und Taten unsrer Helden bemerkbar. Durch sie wurde das „Schweiz. Institut für Naturdüngervertrieb" gegründet, die Gesellschaft „Cerealia" konstituiert, die kosmetischen Operationen des „Doktors" ausgeführt und die Pläne für die „Nobles lettres de France" verfaßt.

Dies unklare, man möchte sagen nur anfangende, aber nicht vollendende Denken, dem gleichsam in der Zielrichtung zu wenige, in den Nebenwegen zu viele nebensächliche oder gar falsche Assoziationen zur Verfügung stehen, nähert die gewöhnlichste Erscheinungsweise des Verhältnisblödsinns der erethischen Oligophrenie. Diese beiden Krankheiten haben außerdem noch einige Eigentümlichkeiten gemeinsam, namentlich die Aktivität.

Unsere Fälle zeigen auch deutlich das Mißverhältnis zwischen Wollen und Können. Der eine w i l l Großkaufmann werden, gründet Filialen, vermehrt sein Personal und kauft Automobile, er k a n n aber nicht einmal das vom Vater übernommene Geschäft führen und halten. Der Doktor w i l l Arzt sein, es genügen seine praktischen Fähigkeiten kaum zum Zahntechniker, und der Schriftsteller w i l l ein Geschäft gründen, er k a n n aber nicht einmal die primitivsten Grundlagen für seine Gründung verstehen.

Das Aktive und Tätige in ihnen ist nun nicht so stark entwickelt und nicht so geartet, daß man daraus eine chronisch submanische Verstimmung konstruieren könnte. Wenigstens war in der Anstalt bei keinem dieser Fälle diese Diagnose zu machen; möglich aber, daß draußen im Leben in ungehemmter Bewegungsfreiheit manische Züge zu beobachten gewesen wären. Immer muß bei diesen Leuten etwas laufen. Pläne über Pläne werden geschmiedet und entworfen und so und so viele davon ausgeführt.

Kommen sie zur Tat, zeigt sich bald, daß das Streben einer genügenden intellektuellen Leitung entbehrt; diese Leute scheitern über kurz oder lang im praktischen Leben. Alle drei unserer Helden kommen mit den Gesetzen in Konflikt, sie hatten sich größerer oder kleinerer Betrügereien schuldig gemacht, nur zum kleinen Teil in doloser Absicht; sie hatten, selbst von der Güte ihrer Pläne überzeugt, mit ihrer glänzenden Beredsamkeit auch andere davon zu überzeugen vermocht, und diese gaben ihr Geld oder unterschrieben Verträge für die gewinnverheißende Sache.

Während nun *Bleuler* auf dieses Scheitern im praktischen Leben einen großen Wert legt, möchte *Buchner* in seinem klinischen Beitrag dies Symptom in den Hintergrund drängen und legt den Schwerpunkt auf die Minderwertigkeit der Intelligenz.

Diese ist nun bei den drei beschriebenen Fällen sicher vorhanden: es handelt sich um angeboren schwachsinnige Leute, die nicht einmal imstande waren, ein mittleres Wissen eines Sekundaschülers zu beherrschen, sich aber trotzdem den Anschein einer höherwertigen Intelligenz, den Anschein vom gebildeten Arzt, feinsinnigen Künstler und großen Geschäftsmann zu geben wußten.

Außerdem erscheint aber bei unseren drei Fällen eine Störung, die weder *Bleuler* noch *Buchner* bei ihrem Material zeigen, die Pseudologia phantastica. Auf den ersten Anschein hin sind sowohl der Arzt wie der Schriftsteller und Kaufmann Pseudologen. Sie schwindeln und phantasieren, leben in ihren Träumen, verfechten sie allenthalben, zu fremdem und eigenem Schaden, sie können einsehen, daß sie schwindeln, aber nicht davon lassen, selbst dort, wo sie sich dadurch direkt schaden.

Diese Beobachtungen machen es wahrscheinlich, daß ein Teil der bisher als Pseudologen beschriebenen Kranken im *Bleuler*schen Sinne



Verhältnisblödsinnige waren, ja man muß sich fragen, ob es nicht bei allen der Fall ist.

Letzteres kann man insofern bejahen, als jeder krankhafte Pseudologe im Leben daran scheitert, daß seine Phantasie stärker ist als ihre Zügel [1]), und so im „Verhältnis" seiner psychischen Fähigkeiten abnorm ist. Doch resultiert gerade aus dieser Anomalie nicht etwas, was man „Blödsinn" nennen möchte, auch nicht im Sinne *Bleulers*. Wir möchten also einen Pseudologen nicht deswegen, weil er Pseudologe ist, als verhältnisblödsinnig bezeichnen, werden aber festhalten, daß viele dieser Kranken verhältnisblödsinnig sind, und daß umgekehrt mancher Verhältnisblödsinn mit Pseudologie verbunden ist. Es handelt sich um Symptomenkomplexe, die nicht notwendig zusammengehören, aber offenbar eine so große genetische Verwandtschaft haben, daß sie in Wirklichkeit sich häufig beim gleichen Individuum finden.

Eine weitere Frage drängt sich auf: Sind die Pseudologen auch Unklare? Es stehen leider keine genügend weitgehenden Untersuchungen in dieser Hinsicht zur Verfügung. Allein schon rein theoretisch betrachtet kann ein Phantast noch so sehr schwindeln, noch so sehr im Leben durch seine Phantastereien scheitern, braucht aber deswegen nicht unklar zu denken. Er kann wie unser Schriftsteller eine große Fabrik gründen wollen und sich als Besitzer derselben ausgeben, ohne daß auch nur ein einziger Ziegelstein seiner Fabrik in Wirklichkeit da ist, das einzelne aber, die kommerziellen, technischen und chemischen Grundlagen, kann er deshalb gleichwohl vollkommen beherrschen.

Es kam kürzlich ein Fall von Pseudologie in unserer Klinik zur Begutachtung. Er war draußen unmöglich geworden, indem er sich als Detektiv aufgespielt hatte, in dieser Eigenschaft Standespersonen anrempelte, Verhaftungen vornahm, Zeitungen konfiszierte; er schwindelte Fabelhaftes von seinen Geschäften, seinen Millionen, warf Geld

[1]) Die letzteren sind nicht ganz einfach zu beschreiben: die Intelligenz im allgemeinen sollte die Verwechslung von Phantasie und Wirklichkeit verhindern; außerdem besteht eine für sich wandelbare, also in gewissen Beziehungen selbständige Funktion, die schon als „Wirklichkeitssinn" bezeichnet worden ist, und wichtig ist natürlich auch der Zustand der Affektivität, die durch qualitativ richtige und namentlich auch durch andauernde Betonung des Realen ein Sichhingeben an Phantasiegebilde verhindern kann.



mit vollen Händen zum Fenster hinaus, berichtete von seinen Beziehungen mit den höchsten Kreisen bis hinauf zum Deutschen Kaiser, war Flugkünstler, Student, Bräutigam usw.

Die Untersuchung ergab keine Anhaltpunkte für eine Dementia praecox oder Paralyse; seine Affekte waren durchaus moduliert und adäquat, und seine Intelligenz war gut, zeigte seiner Bildung und Lebensstellung ganz entsprechende Kenntnisse und wies vor allem nichts von der Unklarheit und Unfertigkeit der Auffassung vor, sondern er wußte genau und klar, was er wollte und tat.

Wie es sich aus dem Verlauf der Krankheit zeigte, war hier die Pseudologia auf dem Boden einer manischen Verstimmung gewachsen, die freilich nie so stark gewesen war, daß man sie in der Klinik während der Beobachtung und aus der Anamnese hätte nachweisen können. Erst das Eintreten einer Depression mit Suizidideen ließ später diese Grundlage diagnostizieren.

Liest man die Beschreibungen *Delbrücks* in seiner grundlegenden Arbeit über Pseudologia phantastica, so wird man finden, daß er selbst bei Fall Z. „eine gewisse Art von Schwachsinn“ konstatiert, daß er bei Fall N. findet: „bei N. stehen Verstand und Phantasie nicht in rechtem Verhältnis zueinander“, und „daß er trotz verhältnismäßig guter Urteilsfähigkeit sich kein klares Urteil über seine Lage bildet“.

Es ist nun leider aus der wiedergegebenen Krankengeschichte die „Unklarheit des Urteils“ nicht ersichtlich und darum nicht erlaubt, diese Fälle direkt als verhältnisblödsinnig zu bezeichnen, aber man möchte es doch nach allem gern tun.

Es fehlen auch bei den andern Fällen die entsprechenden Intelligenzprüfungen und somit die Beweise, aber nach allem möchte man diese hingegen nicht zu den Verhältnisblödsinnigen, sondern in erster Linie zu den Pseudologen zählen.

Auch den Fall Georg Grün, den mein Vater seinerzeit in der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen XXVII beschrieb, und der noch in den verschiedensten schweizerischen Anstalten, u. a. auch im Burghölzli, zu Gaste war, zeigt nichts von einer Unklarheit des Denkens und der Auffassung der Begriffe. Er galt allgemein als sehr intelligent, und das einzelne seiner phantastischen Schwindeleien führte er nach allem sehr klar und zielbewußt aus.



Mein Vater schätzte ihn in intellektueller Beziehung als gut, „ja sogar über das gewöhnliche Mittel hinaus beanlagt. Das beweisen außer den Zeugen auch seine ungewöhnlichen Leistungen im Studium und die tatsächlich vorhandenen achtunggebietenden Kenntnisse auf allen Gebieten, über die sich sein bloß lückenhaftes und vielfach unterbrochenes Studium erstreckt".

Das Gutachten des Burghölzli bemerkt: „Die Intelligenz des Exploranden ist eher über dem Durchschnitt stehend. Wir hatten mehrmals Gelegenheit, ihn in recht komplizierten Diskussionen über seine verwickelten rechtlichen Verhältnisse mit bewunderungswürdiger Schärfe und Raschheit des Denkens reden zu hören. Auch aus seinen vielen Schreibereien ergibt sich eine völlig von seinem Standpunkt aus richtige und für ihn vorteilhafte Auffassung der Situation."

Auch die Begutachter in Basel fanden, daß „seine Auffassung und Kombinationsfähigkeit entschieden einen überdurchschnittlichen Entwicklungsgrad" zeigten.

Es fehlen ja freilich auch in diesem Falle genauere Darstellungen der Intelligenz- und Kenntnisprüfung. Es ist aber nicht anzunehmen, daß eine solche Störung, wie sie die Unklarheit des Denkens darstellt, einer Reihe von psychiatrischen Untersuchern und Beobachtern entgangen wäre.

Es darf also wohl mit einigem Recht der Fall Georg Grün zu den reinen Fällen von Pseudologia phantastica gezählt werden, die mit einem Verhältnisblödsinn nichts zu tun haben.

Ich wäre am Schlusse meiner Ausführungen. Ich wollte erst nur einen rein klinischen Beitrag zu der Lehre *Bleulers* vom „Verhältnisblödsinn" geben. Es zeigte sich dann aber im Verlaufe der Untersuchung, daß meine Fälle sich durch eine ausgesprochene Pseudologia phantastica sowohl von den Fällen *Bleulers* als von denen *Buchners* unterscheiden. Daneben zeigen sie aber auch besonders deutlich das unklare Denken. Die bisher beschriebenen Formen des Verhältnisblödsinns, Pseudologie und unklares Denken bilden eine Gruppe von Syndromen, die sich so häufig beisammen finden, daß sie eine innere Verwandtschaft haben müssen.

Ähnliche Beziehungen zu dieser Gruppe hat eine übertriebene Aktivität bis zu erkennbarer manischer Dauerverstimmung. Sie ist



insofern ein notwendiger Bestandteil dieser Verhältnisblödsinnsformen, als das falsche Verhältnis hier gerade auf der Stärke der Aktivität und der relativen Schwäche des Verstandes beruht. Sie ist auch notwendig, um eine bestehende Pseudologia in der Art des beschriebenen Bildes in die Erscheinung treten zu lassen; denn eine Pseudologie ohne den Trieb, im Sinne der Phantasiegebilde zu handeln, macht ihren Träger nur zum Träumer, nicht zum pathologischen Schwindler.

Übergroße Aktivität und Unklarheit haben wir in enger Verbindung auch bei den meisten der erethischen Oligophrenien.

Lockerere, aber doch noch recht deutliche Beziehungen, die indes noch studiert werden sollten, haben alle diese Syndrome auch zu moralischen Defekten und zum hysterischen Symptomenkomplexe.

Über einen Fall von Hydrocephalus maximus.

Von

Dr. **Rudolf Ganter**, Wormditt.

Fälle von Hydrocephalus birgt jede Idiotenanstalt, so daß es einer gewissen Rechtfertigung bedarf, wenn man mit einem derartigen Falle vor die Öffentlichkeit treten will. Unser Fall ist bemerkenswert durch sein Alter, die Größe des Schädels, die Degenerationszeichen und den pathologisch-anatomischen Befund.

F. Sch. wurde am 16. 11. 1872 geboren. Über Erblichkeit weiß seine Schwester nichts anzugeben. Der Vater ist mit 33 Jahren gestorben, die Mutter, 76 Jahre alt, lebt im Armenhause. Pat. hat noch 2 Schwestern, die älter sind als er. Die eine Schwester starb im Alter von 10 Jahren an „Wassersucht", die andere ist 43 Jahre alt, gesund und verheiratet. Die erste Schwester war eine Zangengeburt, die Entbindung des Pat. dagegen ging leicht vonstatten. Pat. war bis etwa zum vierten Monat gesund, dann wurde er schwer krank, hatte große Schmerzen und schrie viel. Allmählich gingen die Kopfknochen auseinander. Pat. lernte anfangs etwas an der Hand gehen, die Beine jedoch verkrümmten nach und nach, es bildete sich ein Buckel aus. Erst nach einigen Jahren lernte Pat. etwas sprechen. Hören und Sehen war gut, der Verstand schwach, doch war ein gewisses Erinnerungsvermögen vorhanden. Kein Schulbesuch. Seine Bedürfnisse meldete er an.

In die Anstalt aufgenommen am 18. 10. 1913. Kopfumfang 74 cm. Glabella — Prot. occ. ext. (Bandmaß) 46 cm, Ohr — Ohr (Bandmaß) 43 cm. Glabella — Prot. occ. ext. (Zirkel) 24 cm, größte Breite 19,5 cm. Haargrenze — Nasenwurzel 10 cm, Länge des Gesichtes 14 cm. Körperlänge ungefähr 140 cm (Kyphoskl., Kontraktur der Extrem.). Körpergewicht 40 kg. Nasenbeine eingesunken, Nase stumpf, knollig. Große Lidspalte. Augen etwas vorstehend. Großer Mund, vorstehender Unterkiefer, gutes Gebiß. Ein großer Zwischenraum zwischen den mittleren oberen Schneidezähnen.



Anthelix wulstig, sehr große, tiefe Concha. Fossa navicularis sich ins Läppchen fortsetzend, links vom Antitragus unterbrochen. Ohrläppchen angewachsen.

Starke, nach rechts konvexe Kyphoskoliose. Ober- und Unterschenkel kontrahiert, aktiv nicht, passiv nur ganz wenig beweglich. Die Oberschenkel säbelscheidenartig, nach vorn konvex, verbogen. Die Flexoren der Oberschenkel sind als derbe Wülste zu fühlen. Die Unterschenkel sind dünn. Umfang der Oberschenkel in der Mitte 43 cm, der Unterschenkel 26 cm. Plattfüße, Zehen volarwärts flektiert.

Hals kurz und dick, Haut grobfaltig, geringer Grad von Struma. Die Kopfhaare sind ziemlich dünn gestellt. Oben auf dem Kopfe fehlen sie ganz, nur vorn über der Stirn thront eine kleine Haarinsel. Die Barthaare sprossen reichlich. Die Unterarme und unteres Drittel der Oberarme, die Beine und die Kreuzbeingegend tierartig mit langen dichten schwarzen Haaren besetzt. Auf dem Brustbein einige lange Haare, ebenso auf dem Rücken und der Schulterhöhe. Auch in der Achselhöhle lange schwarze Haare. Die Pubes zeigen die gleiche Art dichter Behaarung.

Kniereflexe wegen der Kontraktur nicht auslösbar, Fußsohlenreflex +, Kremaster-, Bauchreflex 0 (fette faltige Bauchdecken). Schmerz- und Berührungsempfindung +, Pupillenreaktion +.

Pat. sitzt im Bett so, daß die gekrümmten Extremitäten etwas nach rechts liegen und die Unterschenkel nach rechts hinten außen gerichtet sind. Beim Sitzen im Lehnstuhl am Tisch ruhen die Beine auf einem hohen Schemel. Die Arme kann Pat. aktiv etwas bewegen, doch nicht so, daß er allein zu essen imstande wäre. Die Hände legt er auf den Tisch, ähnlich wie die artigen Schulkinder auf die Bank. Sein gewaltiges Haupt ruht gewöhnlich auf der linken Hand. Vorübergehend, wenn man ihn anredet, hebt er den Kopf. Seine Bedürfnisse meldet er an, nur nachts näßt er ein. Wenn er zum Sprechen ansetzt, öffnet sich ganz langsam der Mund, langsam und etwas mühsam kommen auch die wenigen Worte heraus, die er spricht. Ebenso langsam geht auch der Kauakt vor sich. Die Bewegungen des Unterkiefers erscheinen dabei viel zu ausgiebig.

Pat. ist im allgemeinen heiteren, zufriedenen Gemüts und freut sich über Annehmlichkeiten. Als er, mangels eines andern Vehikels, von der Bahn mit einem Auto in die Anstalt gebracht wurde, erzählte er immer wieder freudig: „Das war aber hübsch.“ Sein Alter, Ort und Zeit weiß er nicht anzugeben, wohl aber, woher er kommt. Die gewöhnlichen Gegenstände und die Namen verschiedener Kranken kennt er. Morgens bei der Visite grüßt er erst dann, den Kopf erhebend und lächelnd, wenn ich ihm auf die Schulter klopfe oder ihn frage, ob er schlafe: „Nein. Guten Morgen, Herr Doktor.“ Ob er je aus eigenem Antrieb gesprochen hat, ist mir zweifelhaft. Seinem Nachbar soll er erzählt haben, was seine Schwester ihm bei einem Besuch mitgebracht hatte. Als einmal ein Kranker ihn nach seiner Schwester frug, soll er gesagt haben: „Der Herr Doktor soll



schreiben, daß seine Schwester ihn besuche." Gelegentlich war er auch verdrießlich: „Ich will nichts von euch haben", „ich will keinen Kaffee". Am meisten scheint ihn geärgert zu haben, wenn er zur Nacht eine Unterlage bekam: „Ich will keine Unterlage, ich mach' mich nicht naß." Diese Worte wiederholte er dann hintereinander immer wieder, auch nachts, wenn er erwachte. Wenn der Pfleger ihn stille sein hieß, wies er ihn ab mit den Worten: „Was willst du von mir, geh' weg!"

Anfang Juni 1916 wurde Pat. bettlägerig, aß wenig und starb schließlich unter zunehmender Benommenheit am 20. 6. 16.

Sektion: Herzmuskel blaßbraun. Hypostase der rechten Lunge, Emphysem ihres Oberlappens. Atelektase der linken Lunge. Die übrigen Organe o. B. Organgewichte: Herz 201, rechte Lunge 433, linke 307, Leber 743, Milz 187, rechte Niere 104, linke 106 g, Körpergewicht 34 kg (in den letzten 3 Wochen um 6 kg zurückgegangen).

Die Dura haftete in ziemlich großer Ausdehnung am Schädeldach an, ließ sich aber leicht ablösen. Unter der Dura fand sich über dem linken Scheitellappen ein handgroßer Blutkuchen von 2—3 cm Dicke, bestehend aus eingetrockneten roten krümeligen Massen. Die Dura war auch sonst verdickt und ließ sich an der Basis auffallend leicht ablösen. Das Gehirn selbst bildete einen großen, schwappenden, etwa 3 l seröser Flüssigkeit enthaltenden, 4—5 mm dicken Sack. Die Windungen hatten eine breite und platte Form angenommen, die Furchen zeichneten sich nur noch als Linien ab. Balken und große Ganglien waren platt gedrückt. Pia zart. Gewicht des Gehirns nach Abfluß des Wassers 1129 g. Todesursache: Durhämatom.

In manchen Punkten gleicht unser Fall dem von *Tuczek* und *Cramer* veröffentlichten, so auch in der Größe des Schädels [1]). Wir haben darum die dort (für das Schädelskelett) angegebenen vielseitigen Schädelmaße unsern Schädelmessungen zugrunde gelegt. Die von *Tuczek* und *Cramer* gefundenen Maße fügen wir den unsrigen in Klammern bei.

Schädelumfang:

Horizontaler Umfang (*H*): Glabella bis zur Prot. occ. ext. 72 cm (71,2).
Sagittalumfang (*S*): Von der Sut. naso-lab. bis zum hinteren Rande des Foramen magnum 54 (53,7).
Querumfang (*Q*): von dem oberen Rande des einen Meatus aud. ext. bis zum andern 46 (45,5).

Lineare Maße:

Größte Länge (*L*): Glabella bis zur Prot. occ. ext. (Zirkel) 23 (23,9).

[1]) Archiv für Psychiatrie 1889, Bd. 20, S. 354.



Breite:

Größte Breite (*B*): Interparietaldurchmesser, in unserem Falle mehr nach vorn gelegen, also Interfrontaldurchmesser 19 (20,3).

Stirnbreite (*B'*), geringster Abstand der Schläfenlinie am Stirnbein dicht über der Wurzel der Proc. zygom. 13 (11,7).

Koronarbreite, zwischen den Schnittpunkten der Koronarnaht und der Linea semicircularis 17 (17,5).

Abstand der Stirnhöcker (rechter mehr ausgebuchtet) 10 (7,3).

Höhe:

Höhe (*H*), von der Mitte des vorderen Randes des Foramen magnum, senkrecht zur Horizontalebene bis zur Scheitelkurve 16,5 (17,1).

Ohrhöhe (*OH*), vom oberen Rande des Meatus aud. ext. bis zum senkrecht darüber stehenden Punkte des Scheitels, senkrecht zur Horizontalebene des Schädels gemessen 15,5 (15,2).

Länge und Breite der Basis:

Länge (*LB*), von der Mitte des vorderen Randes des Foramen magnum bis zur Mitte der Sut. naso-front. 11,5 (11,0).

Breite, Entfernung der Spitzen der beiden Proc. mastoidei 13,0 (12,2).

Lineare Maße des Gesichtsschädels:

Gesichtsbreite (*GB*), Entfernung der beiden Sut. zygomat.-maxillares, von ihrem unteren Rande gemessen 9,5 (10,3).

Jochbeinbreite (*J*), größter Abstand der Jochbogen voneinander 14,5 (15,1).

Gesichtshöhe (*GH*), von der Mitte der Sut. naso-front. bis zur Mitte des unteren Randes des Unterkiefers 12 (12,7).

Obere Gesichtshöhe (*G' H*), von der Mitte der Sut. naso-front. bis zur Mitte des Alveolarrandes des Oberkiefers zwischen den mittleren Schneidezähnen 8,5 (7,9).

Höhe der Nase (*NH*), von der Mitte der Sut. naso-front. bis zur Mitte der oberen Fläche des Nasenstachels 6,0 (3,7).

Breite der Nase (*NB*), größte Breite der Nasenöffnung 2,6 (3,0).

Breite der Orbita (O_1), größte Breite des Augenhöhlenrandes, in der Lichtung zwischen den Augenhöhlenrändern gemessen r. 5,0, l. 4,3 (4,2).

Höhe der Orbita (O_2), größte Höhe des Augenhöhlenrandes, senkrecht zur größten Breite, zwischen den Rändern gemessen 3,8 (r. 3,1, l. 3,2).

Gaumenlänge (G_1), von der Spina nasalis post. bis zur inneren Lamelle des Alveolarrandes zwischen den mittleren Schneidezähnen 4,7 (5,6).



Gaumenbreite (G_2), zwischen den inneren Alveolarwänden, an den 2 Molaren gemessen 3,7 (4,1).

Profillänge des Gesichtes, von dem am meisten vorspringenden Punkt der Mitte des äußeren Alveolarrandes des Oberkiefers bis zum vorderen Rande des Foram. magnum 10,2 (10,1).

Profilwinkel 90° (95°).

Schädelindizes:

Längen-Breitenindex ($L:B$) $\frac{100 \times 19}{23} = 82{,}6$ (85,6).

Längen-Höhenindex ($L:H$) $\frac{100 \times 16{,}5}{23} = 71{,}7$ (72,1).

Breiten-Höhenindex ($B:H$) $\frac{100 \times 16{,}5}{19} = 86{,}8$ (84,2).

Gesichtsindex ($GH:GB$) $\frac{100 \times 12}{9{,}5} = 126{,}3$ (123,3).

Obergesichtsindex ($G'H:GB$) $\frac{100 \times 8{,}5}{9{,}5} = 89{,}4$ (76,6).

Jochbreiten-Gesichtsindex ($J:GH$) $\frac{100 \times 12}{14{,}5} = 82{,}7$ (84,1).

Jochbreiten-Obergesichtsindex ($J:G'H$) $\frac{100 \times 8{,}5}{14{,}5} = 58{,}6$ (52,3).

Augenhöhlenindex ($O_1:O_2$) $\frac{100 \times 3{,}5}{5} = 70{,}0$ rechts (73,8).

$\frac{100 \times 3{,}5}{4{,}3} = 81{,}4$ links (76,1).

Nasenindex ($NH:NB$) $\frac{100 \times 2{,}6}{3{,}5} = 74{,}3$ (81,0).

Gaumenindex ($G_1:G_2$) $\frac{100 \times 3{,}7}{4{,}7} = 78{,}7$ (73,2).

Gewicht und Schädelinhalt:

Gewicht des Schädels 1210 (1395).

Gewicht des Unterkiefers allein 63 (92).

Gewicht des Schädels ohne Unterkiefer 1147 (1303).

Gewicht des Schädeldaches 527.

Inhalt des Schädels (mit Wasser gemessen) 4000 (3750, mit Erbsen gemessen).

Zur besseren Veranschaulichung möge den Zahlenangaben eine Beschreibung des Schädels folgen:

Zunächst springt am Schädel die gewaltige Ausdehnung der Stirnhöcker in die Augen, wobei vor allem der rechte sich vorbauscht, während der linke mehr verstrichen ist. Von der Kranznaht an fällt der Schädel schräg nach hinten und seitlich ab, so daß man eigentlich kaum von Scheitelhöckern reden kann. Die größte Breite des Schädels (19 cm) liegt seitlich an der Kranznaht. Würde man das Schädeldach ohne nähere Kenntnis der Verhältnisse in die Hand nehmen, so würde man sicher den hinteren Teil des Daches für die Stirngegend halten. Die Linea nuchae, die am unteren Rande des Überganges des absteigenden Teiles des Hinterhauptsbeines in den horizontalen Teil liegt, springt stark vor. Dagegen ist die Prot. occ. ext. nicht besonders ausgebildet. Die ihr entsprechende Prot. occ. int. liegt auf dem Boden, nicht an der Hinterwand.

Die Stirnnaht ist verstrichen. Über die Höhe des rechten Stirnhöckers hinweg zieht eine Naht, die an der rechten Kranznaht, 3 cm vom Ausgangspunkt der Stirnnaht entfernt, beginnt und über der Mitte der rechten Orbita endet. Ihre größte Entfernung von der Stirnnaht beträgt 7 cm. Diese Naht schließt offenbar einen großen Schaltknochen ein, der an der breitesten Stelle bis zur Kranznaht 10 cm mißt. In der Gegend der rechten seitlichen Kranznaht sind zahlreiche Schaltknochen eingelagert. Ebensolche Knochen finden sich auch im unteren seitlichen Teil der rechten Hinterhaupt-Scheitelbeinnaht und gegen die Schläfenbeinnaht zu.

Die über den rechten Stirnhöcker verlaufende Naht enthält ein etwa linsengroßes Emissarium. Ein kleineres liegt am hinteren Ende der Pfeilnaht. Zwei kleine, unregelmäßig gestaltete Öffnungen sind im hinteren seitlichen Teil des linken Scheitelbeins zu sehen.

Das Schädeldach ist, abgesehen von der Umgebung des Sulcus, mehr oder weniger durchscheinend. Die dickeren Stellen des Sägeschnittes messen 5, die dünneren 3 mm. Hier findet sich nur Compacta. Die Impressiones digit. sind nur gering ausgebildet.

Im Innern springt die Crista Galli als dreieckiger Dorn 2 cm vor und verliert sich erst in der Höhe des Daches. Alle Schädelgruben sind natürlich vergrößert. Doch ist die hintere verhältnismäßig am größten, sie nimmt etwa die Hälfte der Basis ein. Auch die Sella turcica ist sehr breit. Die Öffnungen für den Durchtritt der Nerven sind ebenfalls in die Breite gezogen.

Große Orbita, rechte etwas breiter. Nasenbeine ziemlich lang (2,5 cm), so daß die Apertura pyriformis ziemlich niedrig ist (3,5 cm).

Die Zähne des Unterkiefers stehen vor denen des Oberkiefers.

Im ganzen betrachtet erscheint das Gesicht im Vergleich zu dem gewaltigen Hirnschädel nicht einmal besonders klein, die großen Orbitae schaffen einen gewissen Ausgleich.

Der Unterkiefer ist ziemlich niedrig, die Seitenäste laufen breit auseinander (Parabel), der Unterkieferwinkel ist sehr stumpf.



Glüh und *Ritterhaus* geben eine Zusammenstellung der in der Literatur bekanntgewordenen Fälle von Hydrocephalus [1]). Suchen wir diejenigen Fälle heraus, die einen Kopfumfang von über 70 cm und ein Alter von über 30 Jahren aufweisen, so erhalten wir folgende kleine Tabelle:

Kopfumfang cm	Alter Jahre	Autor
88	50	*d'Astros.*
85	60	*Kellner.*
83	31	*Büttner.*
82	30	*Weichselbaum.*
75	32	*Tuczek* und *Cramer.*
74	44	unser Fall.
71	46	*Rosenthal.*
70	38	*Christian.*

Unter diesen 8 Fällen ist der unsrige dem Kopfumfang nach der sechste, dem Alter nach der vierte. Wie die Tabellen von *Glüh* und *Ritterhaus* zeigen, erreichen nur recht wenige Fälle mit großem Hydrocephalus ein höheres Alter. Die meisten sterben in früher Kindheit, manche darunter mit einem etwas sagenhaften Kopfumfang. Immerhin ist es merkwürdig, daß da, wo das Gehirn zu einer großen Wasserblase ausgedehnt ist, nicht nur ein höheres Alter erreicht wird, sondern auch noch ein Fünklein Intelligenz zu glühen vermag.

Unser Pat. besaß ein gewisses Auffassungs- und Erinnerungsvermögen für die alltäglichen Vorgänge seiner Umgebung. Er kannte die gebräuchlichen Gegenstände und die Namen verschiedener Kranken. Zeitlich kannte er sich gar nicht, örtlich nur insofern aus, als er wußte, wo er herkam. Als er einmal in eine andere Anstalt übergeführt und nach kurzer Zeit wieder zurückgebracht worden war, machte das keinen weiteren Eindruck auf ihn, nur über das Autofahren äußerte er seine Freude. Hemmend auf seine psychische Entwicklung, wenn eine solche überhaupt möglich gewesen wäre, mußte auch der Umstand wirken, daß er durch seine Kontraktur an seinen Platz gefesselt war und sein gewaltiges Haupt nur für kurze Zeit vom Tisch zu erheben vermochte. Im ganzen legte Pat.

[1]) *Glüh*, Über Hydrozephalie. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Beh. des jugendl. Schwachsinns, 1912, Bd. 5; *Ritterhaus*, Zur Frage der Hydrozephalie. Ebenda 1914, Bd. 7.

eine große Gleichgültigkeit an den Tag, stellte auch nie selbst eine Frage, grüßte nur, wenn er dazu angeregt wurde. So bestand sein Leben in einem ruhigen, zufriedenen, nur gelegentlich von Äußerungen des Mißbehagens unterbrochenen Hindämmern.

Dem anfänglichen Staunen, daß ein solches Hirn überhaupt noch eine gewisse Tätigkeit entfalten konnte, machte die Wage ein Ende: 1129 g Hirngewicht, ohne Wasser. Das Gewicht liegt also nur 58 g unter dem Durchschnittsgewicht von 1187 g, das wir bei 16 erwachsenen männlichen Schwachsinnigen gefunden haben. Ja, die Zahl fällt noch innerhalb des Normalen, denn nach *Kaufmann* läßt erst das Gewicht unter 1000 g bei männlichen Individuen mittleren Alters auf geistige Erkrankung schließen [1]). Es wird sich also in unserem Falle kaum um einen Ausfall nervöser Substanz gehandelt haben: diese war nur ausgereckt. Hierbei scheint allerdings die motorische Funktion mehr gelitten zu haben als die psychische. Das Gehirn war offenbar nicht mehr imstande, seinen zügelnden Einfluß auf die Vorderhornzellen des Rückenmarkes auszuüben, so daß die Muskeln dem spastischen Zustande mit all seinen Folgeerscheinungen anheimfielen. Die motorischen Hirnnerven hingegen litten weniger, Sprechen und Kauen war möglich, wenn auch der Apparat mühsam und langsam arbeitete. Die Sensibilität im ganzen Körper war erhalten. Leider haben wir die mikroskopische Untersuchung des Nervensystems unterlassen. Wie mag z. B. die motorische Rinde beschaffen gewesen sein?

Die meisten Schwierigkeiten in der Hydrocephalusfrage bereitet die Erklärung über das Zustandekommen des Hydrocephalus. Die Dehnung einer Hülle kann erfolgen, entweder wenn der Innendruck zu hoch wird, oder die Hülle zu leicht nachgibt, oder beides eintritt. Manche nehmen an, daß es durch Verlegen des Foramen Monroi, des Aquaeductus Sylvii oder des Foramen Magendie zu einer Druckerhöhung im Schädelraum komme. Andere wieder geben auf diese Verlegung nicht viel, da zum Abfluß des Liquor der Subarachnoidealraum genügend Raum gewähre (*Kausch*). In einer Reihe von Fällen spielen Entzündungsvorgänge unzweifelhaft eine Rolle. Weiter suchte man die Ursache in einer verminderten Widerstandsfähigkeit der Hemisphären, wodurch bei Hydrocephalus internus die Ventrikel stark erweitert und die Hirnrinde plattgedrückt würden (*Weber*). Auch die infolge von Rachitis auftretende Widerstandslosigkeit der Kopf-

[1]) Lehrb. der spez. path. Anat. 6. Aufl. Berlin 1911.



knochen wurde zur Erklärung herangezogen (*Huguenin*). Schließlich glaubte man, auf eine Anlageanomalie zurückgreifen zu müssen. Auch Tuberkulose und Lues sollten eine gewisse Disposition schaffen [1]).

Was unsern Fall betrifft, so liegt anamnestisch und klinisch nichts vor, was für den letzteren Punkt spricht. Die Geburt ging ohne Störung vonstatten. Erst nach einigen Monaten traten krankhafte Erscheinungen auf: das Kind schrie viel, die Kopfknochen gingen auseinander. Es handelte sich zweifellos um entzündliche Vorgänge. Man müßte nun annehmen, daß eine so straffe Haut wie die Dura einer durch die Entzündungsprodukte angestrebten Ausdehnung beträchtlichen Widerstand entgegensetzen könne. Anders freilich, wenn diese selbst in den Entzündungsprozeß mit einbezogen wird, oder an sich schon, infolge einer Bildungsanomalie, weniger Widerstandskraft besitzt. Auch die Rachitis darf nicht übersehen werden, indem durch sie die Knochenbildung verzögert wird. Und daß unser Patient an einer schweren Form von Rachitis gelitten hat, beweisen die Kyphoskoliose und die säbelscheidenartig verkrümmten Oberschenkel. Wie so oft in der Medizin haben wir es hier nicht nur mit einer Ursache, sondern mit mehreren zu tun. Die letzte Ursache sehen auch wir in einer Anlageanomalie, und daß eine solche vorhanden war, zeigt die als Degenerationszeichen anzusprechende abnorme Behaarung des Patienten. Auf einem solchen ab ovo geschädigten Gewebe finden Entzündungserreger einen günstigen Nährboden. Es kommt zu einer Meningitis mit Exsudation und Drucksteigerung. Die Dura gibt nach, sei's weil sie an dem Entzündungsprozeß beteiligt ist, sei's daß sie an sich wenig Widerstandskraft besitzt. Die Rachitis verzögert die Knochenbildung. All das wirkt zusammen, und als Ergebnis haben wir den gewaltigen Hydrocephalus vor uns, wie wir ihn geschildert haben. Ob die bei der Sektion gefundene Pachymeningitis, die zuletzt durch Bildung eines Durhämatoms den Tod verursacht hatte, auf die in frühester Kindheit entstandenen entzündlichen Vorgänge zurückgeführt werden kann, wagen wir nicht zu entscheiden. Schließlich muß sich der Prozeß recht ungleich abgespielt haben, da nur die Stirnhöcker, und von diesen wieder der rechte, jene auffallende Ausbuchtung zeigten, während die hintere Hälfte des Schädels breit und flach sich abschrägte.

[1]) *Misch*, Zur Ätiologie und Symptomatologie des Hydrocephalus. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 1914, Bd. 35.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kriegstagung

des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu München am 21. und 22. September 1916.

Sitzung am 21. September im Hörsaal der psychiatrischen Klinik.

Anwesend die Herren: *Ahrens*-Teupitz, *Aigner*-München, *Alt*-Uchtspringe, *Andernach*-Duisburg, *Anhalt*-Merxhausen, *Ast*-Conradstein, *Bakkenköhler*-Aplerbeck, *Barbo*-Pforzheim, *Bartsch*-Hannover, *Becker*-Düren, *Bendixsohn*-München, *Bergenthal*-Düsseldorf, *Berliner*-Gießen, *Beyer*-Roderbirken, *Binswanger*-Jena, *Birnbaum*-Buch, *Blank*-München, *Böhmig*-Dresden, *Boland*-Tübingen, *Böttiger*-Hamburg, *Bonhöffer*-Berlin, *Bott*-Bamberg, *Braunert*-Ückermünde, *Broxner*-München, *Brügelmann*-Konstanz, *Brühl*-Kiedrich, *Brunner*-Neuemühle, *Bruns*-Hannover, *Bulassa*-Budapest, *Bumke*-Breslau, *Cimbal*-Altona, *Cohen*-Hamburg, *Cohen* (Mil.-Arzt), *Colla*-Bethel, *Damköhler*-Günzburg, *Daniel*-Kassel, *David* (Mil.-Arzt), *Dees*-Gabersee, *Deetjen*-Wilhelmshöhe, *Dluhosch*-Obrawalde, *Dobrick*-Kosten, *Domalip*-Pola, *Dreschfeld*-München, *Dubbers*-Allenberg, *v. Ehrenwall*-Ahrweiler, *Eichelberg*-Hedemünden, *Eisath*-Hall, *Eisen*-Regensburg, *Eliasberg* (Mil.-Arzt), *Engelhardt*-Straßburg, *Ennen*-Merzig, *Erk*-Herborn, *Erlenmeyer*-Bendorf, *Faas*-Kutzenberg, *Fabricius*-Düren, *Facklam*-Suderode, *Filser* (Mil.-Arzt), *Fischer*-Wiesloch, *Flatau*-Dresden, *Flügge*-Bedburg-Hau, *Forster*-Berlin, *Freund*-Breslau, *Fürnrohr*-Nürnberg, *Gallus*-Potsdam, *Gaupp*-Tübingen, *Gierlich*-Wiesbaden, *Goldstein*-Frankfurt a. M., *Goldstein*-Halle, *Gregor*-Leipzig, *Groß*-Gleiwitz, *Groß*-Schussenried, *Gudden*-München, *Gückel*-Nürnberg, *Güntz*-Erfurt, *Gutekunst*-Weißenau, *Haake*-Berlin, *Haardt*-Emmendingen, *Hänisch*-Stettin, *Hagmann*-Koblenz, *Hahn*-Frankfurt a. M., *Hallervorden*-Landsberg a. W., *Harlander*-Regensburg, *Hartwich*-Eickelborn, *Haßmann*-Bretten, *Hauptmann*-Freiburg i. B., *Havemann*-Tapiau, *Haymann*-Kreuzlingen, Min.-Dir. *Heink*-Dresden, *Heinrich*-München, *Henkel*-Hadamar, *Herhold*-Breslau, *Herfeldt*-Ansbach, *Hermkes*-Eickelborn, *Herting*-Galkhausen, *Herwig*-Marsberg, *Heymann*-Süchteln, *Hoche*-Freiburg, *v. Hößlin*-Eglfing, *Homburger*-Heidelberg, *Hübner*-Bonn, *Hügel*-Klingenmünster, *Ipsen*-Innsbruck, *Jacob*-Hamburg, *Jacobsohn*-Berlin, *Jirzik*-Ziegenhals, *Jolly*-Halle, *Kästner*-München, *Kalb-Müller*-München, *Kehr*-Hamburg, *Kehrer*-Freiburg, *Kern*-Stuttgart, *Kirchgraber*-München, *Klüber*-Erlangen, *Knörr*-Teupitz, *Koch*-Ingolstadt, *König*-Bonn, *Köster*-Flensburg, *Kohnstamm*-Königstein, *Koschella*-Stuttgart, *Kräpelin*-München, *Krause*-Gehls-



heim, *Kreuser*-Winnental, *Laudenheimer*-Alsbach, *Levinstein*-Schöneberg, *Levy-Suhl*-Berlin, *Lewy*-Werneck, *Liebermeister*-Düren, *Liebers*-Dösen, *Liebmann*-Cöln, *Lienau*-Hamburg, *Lilienstein*-Nauheim, *Löwy*-Marienbad, *Lukas*-München, *Lütgerath*-Neustadt i. Holstein, *Mann*-Breslau, *Mann*-Mannheim, *Marthen*-Landsberg a. W., *Martin*-Neubabelsberg, *Martineck*-Berlin, *Mayer*-Tübingen, *Meier*-München, *Meier*-Köppern, *Mendel*-Berlin, *Moeli*-Berlin, *Möller*-Zehlendorf, *Mörchen*-Wiesbaden, *Münzer*-Charlottenburg, *Nägeli*-Tübingen, *Neißer*-Bunzlau, *Neuhaus*-Düsseldorf, *Nißl*-Heidelberg, *Osman*-Konstantinopel, *Oster*-Konstanz, *Papst*-Eglfing, *Paulus*-Eßlingen, *Peltzer*-Bremen, *Peretti*-Grafenberg, *Pfeifer*-Nietleben, *Pfersdorff*-Tübingen, *Piltz*-Krakau, *Pilzecker*-Heidelberg, *Plange*-München, *Plaut*-München, *Pönitz*-Halle, *v. Poray-Madeyske*-Brixleß, *Prager*-Kassel, *Prinzing*-Kaufbeuren, *Quensel*-Leipzig, *v. Rad*-Nürnberg, *Ranke*-München, *Rehm*-Bremen, *Rehm*-München, *Reichardt*-Würzburg, *Reichmann*-Königsberg, *Reischauer*-Magdeburg, *Reiß*-Tübingen, *Remertz* (im Felde), *Repkewitz*-Schleswig, *Riebeth*-Görden, *Rieder*-Koblenz, *Römer*-Illenau, *Runge*-Kiel, *Samuel*-Stettin, *Sauermann*-Merzig, *Schäfer*-Roda, *Schedtler*-Merxhausen, *Scheiber*-Mainkofen, *Scheven*-Danzig, *Schmidt*-Lehe, *Schmidt*-Pfafferode, *Schmidt*-Sorau, *Schnitzer*-Stettin, *Schröder*-Greifswald, *Schröder*-Hildesheim, *Schulte*-Marsberg, *Schultheis* - Littenweiler, *Schuster* - Berlin, *Schwabe* - Plauen, *Schwarz*-München, *Schweighofer*-Salzburg, *Seige*-Partenkirchen, *Sichel*-Frankfurt a. M., *Siebert*-Galkhausen, *Siemens*-Stettin, *Spielmeyer*-München, *Spliedt*-Görden, *Stamm*-Ilten, *Steinberg*-Krefeld, *Stern*-Kiel, *Stertz*-Breslau, *Stier*-Berlin, *Stöckle*-Lohr, *Stövesandt*-Bremen, *Stransky*-Wien, *Strasmann*-Düsseldorf, *Strüppler*-München, *Tesdorpf*-München, *Thumm*-Haar, *Többen*-Münster, *Tuczek*-Marburg, *Vierzigmann*-Regensburg, *Vix*-Darmstadt, *Vorkastner*-Greifswald, *Voß*-Düsseldorf, *Wachsmuth*-Eichberg, *Wagner*-Gießen, *Wallenberg*-Danzig, *Warda*-Blankenburg i. T., *Weber*-Chemnitz, *Weiler*-München, *Weiler*-Westend, *Weinberger* (Mil.-Arzt), *Weinland*-Zwiefalten, *Werner*-Heppenheim, *Weygandt*-Hamburg, *Weyland*-Marburg, *Wietfeldt*-Kuxhaven, *Willige*-Halle, *Wittgenstein*-Kassel, *Wörnlein*-Sorau, *Zinn*-Eberswalde. Zusammen 241 Teilnehmer.

Am Vorstandtisch: *Bonhöffer*, *Kraepelin*, *Kreuser*, *Moeli*, *Siemens*, *Tuczek* (verhindert: *Laehr*).

Schriftführer: *Gail*-München, *Papst*-Eglfing.

Der Vorsitzende *Moeli*-Berlin begrüßt die Versammlung und weist auf die neuen Aufgaben hin, die durch die Beteiligung großer Massen an den unmittelbaren Kriegsereignissen für die Psychiatrie erstanden sind. Die Zeit mahnt, auch hier alle Kräfte einzusetzen. Daher schien es erwünscht, die in zwei Kriegsjahren gewonnenen Erfahrungen auszutauschen und sie im Hinblick auf praktisch wichtige Maßregeln und Bestimmungen zu erörtern. Für die Wahl des Ortes und den Zeitpunkt der Tagung ausschlaggebend war das Entgegenkommen des Vereins deutscher Nervenärzte, auf der von ihm angesetzten Jahresversammlung eines der



wichtigsten Themata gemeinsam zu behandeln. *M.* spricht den Wunsch aus, es möge eine gewisse Einheitlichkeit der Auffassung erzielt werden, die der Allgemeinheit zugute kommen wird.

Sodann gedenkt der Vorsitzende der Verluste, die der Verein seit seiner letzten Tagung zu beklagen hat. Zunächst nennt er die 11 Mitglieder, von denen bis jetzt bekannt ist, daß sie in treuer Pflichterfüllung für das Vaterland ihr Leben hingegeben haben. Es sind dies *Rud. Bundschuh*-Illenau, *Hans Dieckert*-Schleswig, *Jos. v. Ehrenwall*-Ahrweiler, *Hugo Ermisch*-Treptow a. R., *Franz Kleiminger*-Neustadt (Holstein), *Friedr. Plaseller*-Hall (Tirol), *Wilh. Siebert*-Marsberg, *Arn. Stegmann*-Dresden, *Vikt. Vogel*-Kolditz, *G. Zander*-Nietleben und *Zirkel*-Bamberg. „Ihrer gedenken wir an erster Stelle. Aber es gibt unter uns wohl kaum eine größere Familie, die nicht einen nahen Angehörigen zu den Opfern zählte, die der Krieg uns auferlegt hat. Sie zu nennen vermag ich deshalb nicht, aber auch den gefallenen Söhnen und Brüdern unserer Mitglieder widmen wir heute in Dankbarkeit und Ehrfurcht unser Erinnern." — Noch 29 Namen sind zu nennen, eine lange Reihe, wenn auch seit unserer letzten Zusammenkunft längere Zeit verstrichen ist, als sonst zwischen unseren Jahressitzungen lag. Besonders müssen wir beklagen, daß neben älteren Mitgliedern, die der Zeit ihren Tribut zahlten, darunter auch eine Anzahl solcher sich finden, die noch nicht im vorgeschrittenen Alter standen und die sich wiederholt in schätzenswertester Weise an unseren Besprechungen beteiligt haben und so ihre wissenschaftliche und praktische Erfahrung uns unmittelbar zugute kommen ließen: Hofrat *Lochner*, Dir. d. städt. Privatanstalt Thonberg b. Leipzig, San.-R. *Rob. Walter*, Dir. d. Privatanstalt Deutsch-Lissa b. Breslau, Geh. Rat Minist.-Rat a. D. Prof. *Hub. Grashey* in München, Prof. *Karl Heilbronner* in Utrecht, Priv.-Doz. *Eugen Hallervorden* in Königsberg, Prof. *Robert Thomsen*, Dir. d. *Hertz*schen Privatanstalt in Bonn, Geh. Med.-Rat *Franz Fischer*, Dir. d. Landesanstalt Pforzheim, Geh. Med.-Rat *Wilh. Tigges*, früherer Dir. des Sachsenbergs, Oberarzt *Ernst Veit* in Wuhlgarten, San.-Rat *Leopold Laquer* in Frankfurt a. M., Geh. San.-Rat *Ad. Knecht*, früherer Dir. d. Landesanstalt Ückermünde, Geh. Med.-Rat Prof. *Martin Bernhardt* in Berlin, Geh. San.-Rat *W. Reiß* in Arendsee, San.-Rat *A. Lilienfeld* in Lichterfelde, Prof. *Max Rothmann* in Berlin, Med.-Rat *Gust. Rabbas*, Dir. d. Prov.-Anstalt Neustadt W.-Pr., Hofrat *Paul Landerer*, früher Leiter d. Privatanstalt Kennenburg, Prof. *Alois Alzheimer* in Breslau, San.-Rat *Theod. Schneider*, Oberarzt in Eickelborn, Prof. *Max Köppen* in Berlin, *Paul Schürmann*, Dir. d. Landeshospitals Haina, Priv.-Doz. *Ernst Storch* in Breslau, Priv.-Doz. Oberarzt *R. Walker* in Bern (Waldau), Staatsinspektor *Jan van Deventer*, früher Dir. von Meerenberg, San.-Rat *Paul Werner*, Oberarzt d. Prov.-Anstalt Andernach, San.-Rat *Joh. Longard* in Sigmaringen, Oberarzt *Luther* in Lauenburg, Med.-Rat *Ferd. Karrer*, Dir. d. Kreisanstalt Klingenmünster, u. Obermed.-Rat Dr. *Karl Rank*, früher Dir. d. Landesanstalt Weißenau.

Zur Ehrung der Toten erhebt sich die Versammlung von den Sitzen.



Der Vorsitzende begrüßt sodann als Ehrengäste die Vertreter des Sanitätsamts des I. Bayr. Armeekorps Oberstabsärzte Dr. *Lucas* und Dr. *Schwarz*, des Kgl. Sächsischen Ministeriums des Inneren Ministerialdirektor Geh. Rat *Heink* und des Kgl. Preuß. Kriegsministeriums Oberstabsarzt Dr. *Martineck*. Der preußische Herr Minister des Innern wird sich ebenfalls berichten lassen.

Moeli teilt ferner mit, daß Geheimrat *Laehr* am Erscheinen verhindert ist, die Versammlung herzlich grüßen und ihr guten Verlauf wünschen läßt. Auch Kollege *Rüdin* ist zum großen Bedauern durch Erkrankung am Erscheinen verhindert. Die Versammlung wünscht ihm baldige und völlige Genesung.

Begrüßungstelegramme sind eingelaufen von Sanitätshauptmann *Hans Maier*-Bellinzona, Prof. *Sommer*-Gießen und von der Anstalt Illenau, ferner ein schriftlicher Gruß des Ehrenmitglieds Geheimrat *Schüle* und von Prof. *Specht*-Erlangen.

Geschäftliche Angelegenheiten waren, da es sich um eine außerordentliche Versammlung handelt, bis zur nächsten ordentlichen Jahresversammlung zurückgestellt. Nur zwei Punkte wurden kurz erwähnt. 1. *Kraepelin* teilt mit, daß die Errichtung eines Forschungsinstitutes für Psychiatrie finanziell gesichert ist, wenn auch zunächst in bescheidener Form; bei Ende des Krieges soll es eingerichtet werden. Er bittet, der Sache weiterhin Interesse entgegenzubringen. Es ist in Aussicht genommen, daß ein Mitglied des Vereins in das Kuratorium aufgenommen wird. 2. Zu der Anregung des Vorstandes, es möchten die Vorkommnisse an den einzelnen Anstalten gesammelt werden, um sie nach dem Schlusse des Krieges zusammenzustellen und bekanntzumachen (s. diese Zeitschrift Bd. 72 S. 247—249), schlägt *Mayser*-Hildburghausen in einer brieflichen Mitteilung vor, in dem in Aussicht gestellten Fragebogen sub II A zwischen „Wieviel Kranke im ganzen verpflegt?" und „Wieviel entlassen?" sowie sub II B zwischen 2. und 3. die Frage einzuschalten: „Welche Krankheitsformen?" Der Einheitlichkeit wegen bei Stellung der Diagnose empfehle er, das von *Vocke* ausgearbeitete Schema zu benutzen. Der Vorsitzende bringt diesen Wunsch zur Kenntnis der Versammlung. Alsdann wird in die Tagesordnung eingetreten.

Bericht von *Bonhöffer*-Berlin: Erfahrungen aus dem Kriege über die Ätiologie psychopathologischer Zustände.

Der Vortr. bespricht die Erschöpfung und Emotion in ihrer psychopathogenetischen Bedeutung nach den Kriegserfahrungen. Er berichtet zunächst über schwere körperliche Erschöpfungserscheinungen, wie sie sich bei den kriegsgefangenen Serben fanden. Diese zeigten sich in schwerster Abmagerung, diffuser Muskelatrophie, Herzdilatation, Ödemen der unteren Extremitäten, außerordentlicher Schwäche, die in einzelnen Fällen zu monatelangem Bettliegen führte, gesteigerter Morbidität und Mortalität, Neigung zu Tuberkulose und schwer heilenden



Phlegmonen und in einer besonders bei den älteren Gefangenen sehr ausgesprochenen Unfähigkeit zur Erholung.

Es werden sodann einzelne Erschöpfungssymptome auf nervösem Gebiete, die im Kriege hervorgetreten sind, besprochen: die *Mayerhof*sche Feststellung der Steigerung der mechanischen Muskelerregbarkeit als lokale Wulstbildung beim Perkussionsschlag, das Auftreten leicht neuritischer Symptome, die Ermüdungshalluzinationen auf optischem und akustischem Gebiete.

Das akute nervöse Erschöpfungsbild, wie es sich bei den aus erschöpfenden Feldzugserlebnissen Eingelieferten zeigt, kennzeichnet sich zunächst als Schlafsucht mit moroser Verstimmung und dem Gefolge eines leichten hyperästhetisch-emotionellen Schwächezustandes. Für das Vorkommen eigentlicher Psychosen als Ausdruck der Erschöpfung — also für eigentliche Erschöpfungspsychosen — hat der Feldzug keine Beweise erbracht. Es wird besonders auf das Fehlen von Psychosen bei den Serben in irgend belangreichen Zahlen hingewiesen.

In zweiter Linie wird die pathogenetische Bedeutung der Erschöpfung für die Entwicklung von psychischen und nervösen Erkrankungen anderer Ätiologien untersucht.

Die Entwicklung der zerebrospinalen Lues wird anscheinend durch Erschöpfungseinflüsse begünstigt. Doch hat Vortragender an seinem Material keine Beweise dafür gefunden, daß gerade die frisch akquirierte Lues unter Erschöpfungseinflüssen sich mit Vorliebe am Nervensystem festsetzt. Mehrfach hat der Vortragende gesehen, daß hinter einer im Feldzug entwickelten Epilepsie sich eine Lues verbarg, die sonst keine neurologischen Symptome machte. Eine Verkürzung der Inkubationszeit der progressiven Paralyse infolge Erschöpfung hat der Vortragende an seinem Material nicht nachweisen können.

Von den emotionellen Faktoren wird zunächst die Schreckemotion besprochen. Als psychischer Ausdruck der Schreckemotion ist die *Bälz*sche Emotionslähmung zu betrachten. Es wird die pathogenetische Bedeutung der bei der Emotionslähmung eintretenden Affektabspaltung und der daran anschließenden intermediären Phase für die Entwicklung der Granatemotionsneurosen besprochen.

Die als Schreckpsychosen geschilderten Erkrankungen zeigen zumeist die Kriterien psychogener Erkrankung. Die Emotion der Mobilmachung hat pathologische Reaktionen bei Psychopathen ausgelöst. Ob bei den während der Mobilmachungszeit häufiger beobachteten Alkoholdelirien emotionellen Einflüssen eine Bedeutung zukam, ist dem Vortragenden zweifelhaft.

Bezüglich der Frage der Bedeutung der Emotion für die Auslösung endogener und anderer Psychosen wäre das Studium der Aufnahmeverhältnisse der Anstalten der Zivilbevölkerung, besonders auch der Frauenstationen, der Sammelorte von Flüchtlingen aus besetzten Gebieten geboten.



Eine Zunahme der manisch-depressiven Erkrankungen, die behauptet wird, ist dem Vortragenden aus eigenem Material nicht bemerkbar geworden. Dagegen ein häufigeres Auftreten depressiver Reaktionen bei konstitutionell Depressiven.

Wichtig ist das Verhältnis der Emotion und Erschöpfung zur psychopathischen Konstitution. Hier sind bemerkenswert gegenüber der relativen Häufigkeit psychopathischer Reaktionen bei den Armeen aller am Kriege beteiligten Nationen die geringen Zahlen bei den kriegsgefangenen Serben und Franzosen. Das weist darauf hin, daß zu den erschöpfenden und gemütserschütternden Feldzugserlebnissen noch die Anforderungen an die Willensleistung, die der Krieg mit sich bringt, hinzutreten müssen, um die krankhaften Reaktionen in größerem Umfange auszulösen. — Der Erschöpfung und Emotion kommt eine vorbereitende Bedeutung zu, sie verstärken die Labilität der Psychopathen und sie sind auch bei den psychisch Robusten imstande, vorübergehend einen Zustand herbeizuführen, der der psychopathischen Konstitution in der Reaktionsweise gleichkommt und zu episodischen Störungen (pathologische Räusche, Affektkrisen, pathologische Verstimmung usw.) führen kann.

Der Einfluß der Erschöpfung auf den Verlauf körperlicher Erkrankungen ist bekannt. Über entsprechende Beobachtungen an Psychosen hat der Krieg wenig Sicheres gebracht.

Von den Alkoholdelirien ist gesagt worden, daß sie unter Emotionseinflüssen schwerer verlaufen. *Weygandt* spricht von „Kriegsparalyse" in dem Sinne, daß die im Felde zur Entwicklung gekommenen Paralysen einen schnelleren Verlauf nehmen. Der Vortragende hält diese Angabe nach seinen eigenen Erfahrungen noch weiteren Beweismaterials für bedürftig. Der Gesamtüberblick über die Kriegserfahrungen zeigt eine große Widerstandfähigkeit des gesunden Gehirns und die Unerheblichkeit der Erschöpfungs-Emotionseinflüsse auf die Entwicklung eigentlicher Geisteskrankheiten. (Ausführliche Mitteilung in dieser Zeitschrift Heft 1, S. 77.)

Besprechung. — *Stransky*-Wien betont die Notwendigkeit, ausdrücklich auszusprechen, daß es „eine Kriegspsychose" nicht gibt. — In der Erschöpfungsfrage ist das Moment der Anpassung zu berücksichtigen, die eine sehr große Rolle spielt; davon zu sondern ist die Reaktion etwa auf Infektionen. An eine Erschöpfungsneuritis glaubt *Str.* nicht. *Str.* betont besonders die depressive Erregung und deren Bedeutung zumal für die Auslösung gewisser pathologischer Affekte (speziell den „Kriegsknall" *Stranskys*), die auch forensisch von Bedeutung sind; besonders bei Rückzügen ist sie eine der vorherrschenden Stimmungen. Nach seiner eigenen Emotionslähmung, die *Bonhöffer* zitiert hat, war *Str.* sehr erregt, ungeduldig u. a. Dies und andere Erscheinungen bildeten das, was *Str.* nervöse Reaktion nannte. — *Str.* sieht jetzt viele Luiker, rezente und alte Lues, aber wenig Nervenlues oder Paralyse; freilich sind es meist degenerative (forensische) Fälle.



Weygandt-Hamburg: Daß bei Dementia praecox trotz endogener Grundlage auslösende Umstände in Frage kommen, ergibt sich in somatischer Hinsicht für die vielfach im Puerperium ausgebrochenen Fälle. Psychische Auslösungsfaktoren können bei manchen in der Haft ausgebrochenen Fällen in Betracht gezogen werden. Einzelne Kriegserfahrungen sowie die Hinweise von *Wilmanns* und *Alt* lassen wenigstens die Aufmerksamkeit auch in jener Richtung für die Kriegsfälle einstellen. — Bei der Abgrenzung von Dementia praecox und anscheinenden Erschöpfungszuständen kommt es darauf an, wie hoch man den Wert der *Abderhalden*schen Abbaureaktion einschätzt. Galoppierende Verlaufsformen bei Paralyse von Kriegsteilnehmern finden sich in unserem Material wesentlich häufiger als in Friedensfällen. Das in letzter Zeit zugeflossene Material hat dies weiterhin bestätigt. Die histologische Nachuntersuchung sicherte die Diagnose; nur in einem Falle handelt es sich wohl um eine Mischinfektion durch Kokken, die meningeale Erscheinungen hervorriefen. Daß die Inkubationszeit verkürzt würde, war zu verneinen, ebenso wie es auch durch einen so erfahrenen Autor wie *Pilcz* geschah.

Loewy-Marienbad verweist als Beispiel von Erschöpfungsfolgen auf das Erlebnis eines Stabsarztes, der nach erschöpfendem Reiten und Hungern das „Riesenrad" aus dem Prater, aber feurig, und Zweige von Weihnachtsbäumen sah, ferner auf einen Fall, der ohne persönliche Gefahr in einer schweren Schlacht nach dreitägigem Munitionsverladen delirant erkrankte, eine mehrmonatige Verwirrtheit bot, an welche sich ein Depressionsstadium anschloß. Als wichtig betont er auch die Differenz zwischen der Wirkung des Kleingewehrfeuers und der Artilleriebeschießung; er bringt als Beispiel die Feuertaufe seines Landsturmregiments durch plötzlichen, ganz unvermuteten Feuerüberfall in der Nacht mit schwerstem Kugelregen ohne Artilleriebeschießung und ohne einen Fall von psychischer Schädigung im Gegensatz zu dem, was wir von der Granatwirkung wissen. Er bringt dann seine parallele Tabellierung der Symptome und der ätiologischen Momente der Kriegsfälle, welche ausführlich publiziert werden sollen.

Aschaffenburg-Cöln hält es für einen besonderen Gewinn, daß durch die Kriegserfahrungen endgültig festgestellt ist, wie wenig die Erschöpfung zur Entstehung psychisch abnormer Zustände beiträgt. Daß die Anforderungen des Kriegsdienstes die Kräfte in einer Weise anspannen, die weit über das hinausgeht, was man für möglich gehalten hat — man denke nur an die Riesenmärsche ohne ausreichende Nahrung und Schlaf bei dem Vormarsch in Belgien und in Rußland —, ist nicht zu bezweifeln; aber gerade in dieser Zeit haben auch schwächliche Menschen, darunter recht viele Nervöse, allen Strapazen standgehalten, ohne zusammenzubrechen, ein Beweis, wie sehr psychische Erlebnisse: die Begeisterung und die Freude über den Erfolg, überwiegen gegenüber den Schädigungen der Überanstrengung.

Gelegentlich eines Besuches an der Front habe ich Truppen, die unmittelbar aus schwersten Kämpfen zurückkamen, besucht und zum Teil untersucht, und zwar bevor die Soldaten Gelegenheit hatten, sich auszuruhen. Von nervösem Zusammenbruch war nichts zu entdecken. Ich fand sogar eine derartig frische und heitere Stimmung und eine solche Beweglichkeit und Lebendigkeit, daß ich unwillkürlich an die Erscheinungen erinnert wurde, die nach körperlicher Anstrengung mittels psychologischer Experimente nachgewiesen worden sind. Wie man aber auch diese Beobachtung deuten mag, es hat sich auf alle Fälle im Verlauf dieses Krieges erwiesen, daß unser Körper und unsere Psyche eine erfreuliche Befähigung besitzen, sich gegebenen Verhältnissen anzupassen; sie macht es verständlich, weshalb auf der einen Seite die Soldaten, soweit sie psychisch gesund sind, trotz der größten Anstrengungen nicht erliegen, auf der andern Seite in der Ruhe schnell die alte Lebensfrische und Leistungsfähigkeit wiedergewinnen.

Damit soll nicht gesagt sein, daß diese glückliche Eigenschaft stets und immer vorhanden ist; der konstitutionell Nervöse wird leichter zusammenbrechen als der Gesunde; aber auch ein Gesunder kann schließlich ans Ende seiner Kräfte gelangen. Dann aber zeigt sich gerade der große Unterschied: der Gesunde — abgesehen von solchen außergewöhnlichen Fällen, wie sie *Bonhoeffer* von den Serben berichtet — kommt schnell wieder in die Reihe, er schläft seine Erschöpfung aus, und die psychische Erregung verblaßt bald, während der Nervöse meist schon erheblich längere Zeit braucht, um körperlich wieder in die Höhe zu kommen, die psychischen Eindrücke aber erst recht sehr viel langsamer, häufig überhaupt nicht mehr überwindet.

Was ich, *Bettmann*, *Weygandt* u. a. experimentell nach körperlicher und geistiger Ermüdung, nach Schlaf- und Nahrungsentziehung gefunden haben, darf wohl auch heute noch als zutreffend erachtet werden; aber in der klinischen Verwertung der Ergebnisse unserer Versuche für das Problem der Überarbeitung und zur Erklärung der Krankheitsbilder und Krankheitssymptome sind wir wohl vorsichtiger geworden und in vielem zu andern Anschauungen gekommen. Meine — von der Doktorarbeit abgesehen — erste psychiatrische Veröffentlichung behandelte die sogenannten Kollapsdelirien. Die Deutung dieser Zustände als eine eigenartige psychische Reaktionsweise auf schwere körperliche Erschöpfung war falsch, und ich habe meine Auffassung schon lange zugunsten der Intoxikationshypothese aufgegeben. Ich habe mich im Laufe der Jahre mehr und mehr davon überzeugt, daß ernstere psychische Störungen nur in ganz seltenen Fällen durch körperliche Erschöpfung entstehen, und daß auch dann den nie ganz fehlenden Gemütserregungen wahrscheinlich die größere Bedeutung zukommt. Die körperliche Erschöpfung ist nur als ein besonders geeigneter Boden zu betrachten, auf dem die psychischen Erlebnisse leichter Wurzel schlagen und sich eher in krankhafte Formen umgestalten können.



Die Wandlung unserer Auffassungen ist klinisch und praktisch von außerordentlich großem Wert. Besonders für die Scheidung der konstitutionellen Nervosität von der akuten Erschöpfung und für die Behandlung der „Neurastheniker". Ich halte es für überaus erfreulich, daß man in Zukunft den „Überarbeiteten", den Nervösen, die glauben, mit dem „Kapital ihrer Kräfte" äußerst schonend umgehen zu müssen, und schließlich auch der allgemeinen Befürchtung, sich durch zu viel Arbeit schädigen zu können, durch den Hinweis auf die Kriegserfahrungen mit größerer Sicherheit und erfolgreicher entgegentreten kann.

v. Hößlin Eglfing: In der ausschließlichen Betonung endogener Momente gegenüber den exogenen, erschöpfenden und emotionellen Schädlichkeiten für das Zustandekommen psychopathologischer Zustände scheint mir eine Gefahr für die richtige Beurteilung bestimmter krankhafter Erscheinungen zu liegen, namentlich in forensischer Hinsicht. Wenn auch der Meinung des Berichterstatters insofern beigepflichtet werden kann, daß Psychosen im engeren Sinne des Begriffes exogenen Ursprungs selten sein mögen, so entwickeln sich doch nach zahlreichen Beobachtungen, die ich machen konnte, insbesondere durch akute Schreckwirkung sowohl als infolge erschöpfender Wirkung lange dauernden Trommelfeuers nicht selten sowohl bei bis dahin gesunden, als besonders bei Psychopathen psychische Ausnahmezustände, die die Willensfreiheit der Betreffenden nicht nur einzuschränken, sondern gänzlich aufzuheben imstande sind. Ausnahmezustände können ihrer Natur nach vorübergehend sein, können sich jedoch auch wiederholen und bei gewissen Vergehen, wie besonders unerlaubter Entfernung bzw. Fahnenflucht, Gehorsamsverweigerung und dergleichen von bestimmender Bedeutung für die Handlungen der Täter werden.

Goldstein-Frankfurt a. M.: Es ist von forensischer Bedeutung im Trommelfeuer eine hochgradige Apathie, ein starkes Ermüdungsgefühl, das zum Einschlafen führen kann. Die Pflicht wird mechanisch getan, die Schaffenskraft braucht nicht herabgesetzt zu sein. Der Puls ist zunächst beschleunigt und gespannt, später eher verlangsamt. Der Sinn für die Zeit, für die Abschätzung von Zeitspannen, geht verloren, während z. B. der Raumsinn gut erhalten bleiben kann. Das Gedächtnis ist im Trommelfeuer nicht nur für die Zeit desselben vermindert, sondern hinterher oft tagelang im allgemeinen herabgesetzt; die Wortfindung wird erschwert. — Epileptische Anfälle habe ich nach vieljähriger Pause wieder auftreten sehen. Halluzinationen und Illusionen habe ich besonders bei Imbezillen beobachtet, was diese Leute natürlich durchaus dienstunfähig für die vorderen Linien macht. Die Halluzinationen, die ich bei Gasvergifteten zu sehen Gelegenheit hatte, glaube ich auf Atropininjektionen zurückführen zu müssen. Organische Psychosen waren selten, dagegen traten im Anschluß an Erschöpfung und Schreck hochgradige Verwirrtheitszustände mit vollkommenen Analgesien (auch Amoklaufen) auf. —



Neuritis und Steigerung der mechanischen Muskelerregbarkeit fand sich häufig bei stark Erschöpften, bei Typhus abdominalis und Dysenterie.

Weber-Chemnitz: Eine besondere Form der Erschöpfung ist nicht körperlicher Natur, sondern liegt auf psychischem, speziell intellektuellem Gebiet: die lange andauernde intellektuelle, zum Teil auch affektive Anspannung als Beobachtungsoffizier. Beispiel: Bis dahin gesunder, 33jähriger Offizier, Ballonsportsmann von Haus aus, war 3 Monate im Ballondienst im Fesselballon. Danach Erkrankung an echt epileptischen Anfällen, die etwa alle 2 Monate auftreten. Sie haben insofern einen affektepileptischen Charakter, als die Anfälle besonders dann nachts kommen, wenn der Patient bei Tag eine affektive Erregung erlitten hat (Nachrichten aus dem Felde). Der Patient hat eine Gehirnerschütterung durch Sturz aus dem Ballon im 25. Lebensjahr erlitten, ohne danach an Epilepsie zu erkranken, und ist jetzt — im 33. Lebensjahr — in einem Alter, in welchem Epilepsie auf genuinem Boden nicht mehr aufzutreten pflegt.

E. Meyer-Königsberg berichtet von den Flüchtlingen in Ostpreußen. Ein wesentlicher Einfluß der Erschöpfung und Emotion auf die Entstehung psychischer Störungen im Sinne der „Erschöpfungspsychosen" des Friedens war nicht festzustellen, trotzdem diese Schädigungen sehr stark waren. *M.* weist darauf hin, daß in der Diskussion pathologische Reaktionen, psychopathische Konstitutionen und psychische Störungen im Sinne der „Erschöpfungspsychosen" nicht genügend getrennt sind. Was *Stransky*, *v. Hößlin* usw. berichtet haben, gehört nach seiner Ansicht durchweg dahin. Einzelbeobachtungen dürfen nicht überschätzt werden.

Rehm-Bremen hat an frisch aus dem Gefecht kommenden Kranken, welche nach schweren, zum Teil körperlichen, zum Teil psychischen Schockwirkungen ins Lazarett gebracht wurden, Additionsversuche nach *Kraepelin* und Messungen des Pulses und Blutdruckes vorgenommen. Es hat sich herausgestellt, daß es sich um eine schwere Ermüdung, Willensstörungen und Herabsetzung der Leistungen handelt. Der Puls und Blutdruck ist erhöht. Die körperlich schwer Geschädigten und konstitutionell Nervösen zeigen die ungünstigsten Resultate. Eine Gruppe mit Neigung zur Erholung steht einer Gruppe mit anscheinend ungünstigen Aussichten gegenüber.

Hellpach-Karlsruhe beobachtet bei den angeblich „normal" gebliebenen Kriegsdiensttuern eine Gruppe von 4 Symptomen, die er als Elemente der pathologischen Umwandlung des Seelenlebens durch den Kriegsdienst anspricht: Gedächtnisschwäche, Interessenstumpfheit, erregtes Traumleben, Stimulantiensucht (namentlich Nikotinismus). Dies sieht zum Teil nach Erschöpfung aus, ist aber in der Hauptsache Erregungsfolge, Folge der chronischen Emotion des Kriegslebens, die selber wieder Mitursache der schleichenden Erschöpfung ist. Diesen schleichenden Emotionen als psychogenetischen Ursachen ist mehr Beachtung zu schenken, da sie mit wachsender Kriegsdauer an Bedeutung zunehmen und auch bei der Wiederkehr des Friedens eine sehr wichtige Rolle spielen dürften.



Hübner-Bonn hat im Anfang des Krieges eine Häufung von zirkulären Psychosen gesehen, später nicht mehr. Er weist darauf hin, daß die Emotions- und Erschöpfungspsychosen oft mit der Dementia praecox verwechselt werden, obwohl durch das Vorhandensein von körperlichen Symptomen (vasomotorische Erscheinungen, Sensibilitätsstörungen usw.) die Möglichkeit der Differentialdiagnose häufig gegeben ist.

Bonhöffer (Schlußwort): Im Hinblick auf die weitere Tagesordnung möchte ich mich kurz fassen. Bezüglich der Schilderungen einzelner psychotischer Bilder kann ich mich auf das von Herrn *E. Meyer* und *Aschaffenburg* Gesagte beziehen. Es hat sich dabei wohl ausnahmlos um psychopathische Reaktionen gehandelt. Was uns der Krieg in seinen Massenwirkungen gelehrt hat, ist die Unerheblichkeit der Erschöpfung und der Emotion für die Entwicklung von Psychosen. Ich freue mich besonders der Zustimmung des Herrn *Aschaffenburg*. Ich möchte aber seiner heutigen Beurteilung seiner früheren Arbeiten über Erschöpfungspsychosen doch nicht zustimmen. Daß das, was er damals auf Erschöpfung bezog, toxisch-infektiöse Schädigungen waren, hebt den Wert, den seine Arbeiten über die Kollapsdelirien seiner Zeit hatten, nicht auf. Es wird auch das Los unserer heutigen Arbeiten sein, daß sie, sagen wir, in spätestens 30 Jahren, überwunden sein werden. — Herrn *Weber*s Anschauungen über Epilepsie und Erschöpfung stehen doch die Mehrzahl der Kriegserfahrungen entgegen. — Herr *Hellpach* hat auf ein Gebiet hinübergegriffen, das wir nach unseren Beschlüssen erst morgen behandeln wollen. Ich möchte mich deshalb mit der Bemerkung begnügen, daß ich seinen Schilderungen nicht so pessimistisch gegenüberstehe. Die Arbeitsnötigung der kommenden Friedenszeit wird auch diese Schädigungen überwinden helfen.

Bericht von *Wilmanns*-Heidelberg: Dienstbrauchbarkeit der Psychopathen.

Seine Ausführungen gründen sich auf Kranke, die in den Beobachtungs- und Behandlungslazaretten für Nervenkranke im Dienstbereich des XIV. Armeekorps — fachärztlich geleiteten Reservelazaretten — beobachtet und behandelt und deren ärztliche und militärische Schicksale weiterverfolgt wurden.

Die Kranken wurden in folgende 5 Gruppen geteilt:

1. Die Imbezillen, Psychopathen im engeren Sinne und Hysterien.
2. Die Erschöpften, akuten Neurastheniker und vasomotorischen Neurotiker.
3. Die Kriegsneurotiker im engeren Sinne.
4. Die Epileptiker.
5. Die Alkoholiker.

Das Ergebnis der Feststellungen ist in folgenden Tabellen wiedergegeben:



Tabelle 1.

Krankheitsbezeichnungen		Beantragte Verwendung				Jetzige Verwendung					Künftige Verwendung				Entlassung				Summe nach Krankheiten
		k. v.	g. v.	a. v.	d. u.	im Felde	g. v.	a. v.	im Lazarett	im Gefängnis	k. v.	g. v.	a. v.	d. u.	beurl bis zur Entl	beurl als Facharb.	d. u. mit Rente	d. u. ohne Rente	
1. Imbezillität	%	2.8	11.1	47.3	38.8	13.9	5.5	19.4	2.8	—	5.5	2.8	11.1	2.7	13.9	11.1	30.6	2.8	58.5
2. Psychopathie	%	6.3	33.2	32.3	28.2	13.2	25	14.1	3.6	0.5	9.5	8.1	10.4	7.7	2.7	15	19.1	6.8	43.6
3. Hysterie	%	—	22.5	55	22.5	10.2	10.2	26.5	—	—	2	6.1	8.1	14.3	6.1	22.5	18.4	6.1	53.1
4. Akute Neurasthenie	%	14.6	53.5	18.7	13.2	17	39.8	8.9	3.3	—	14.5	9.7	4.1	8.9	3.3	13.2	2.4	12.1	30.8
5. Vasomotor. Neurose	%	5.3	50	26.3	18.4	13.2	31.5	13.2	—	—	5.3	18.4	2.6	2.6	—	23.6	10.5	8	42.2
6. Patholog. Reaktion	%	1.8	26.2	27.1	44.9	6.2	14.3	10.3	5	—	3.9	4.6	5.5	10.4	8.1	10.8	3.2	42.1	64.1
7. Chronisch. Alkoholismus	%	7.2	25	42.8	25	25	21.4	10.7	3.6	3.6	3.6	10.7	10.7	3.6	—	10.7	25	—	35.7
8. Epilepsie	%	—	8.5	38.3	53.2	8.5	8.5	8.5	2.1	—	—	4.3	4.3	8.5	—	34.1	31.9	6.4	72.3
Gesamt-Summe:	%	4.6	30.5	30.3	34.6	10.6	19.9	12.2	3.8	0.2	6.3	5.7	6.8	8.8	5.5	14.2	10.8	22.8	

Tabelle 2.

Krankheits-Gruppen	Gesamtzahl	Gänzlich unbrauchbar	Im Lazarett	Leichterer Dienst a. v.	Arbeits-Dienst a. v.	Arm.-Bat. a. v.	Ldst.-Batl. hint. d. Front u. Wachd. g. v.	Sanitäts-Dienst	Rekruten-Depot	Voller Dienst k. v.	ohne nähere Angaben
1. Imbezillität	5			1			1				3
2. Psychopathie	29	1	1	4	2	6	3	1	1	6	4
3. Hysterie	5	1	2	1							1
4. Akute Neurasthenie	21			1	1	1	3	1	1	3	10
5. Vasomot. Neurose	5			1	1		1	1			1
6. Pathologische Reaktion	27		1	2	3	3	4			5	9
7. Chronischer Alkoholismus	8		1	1	1	3		1		1	
8. Epilepsie	4					3				1	
Gesamt-Summen	104	2	4	12	8	16	12	4	2	16	28

Zu den einzelnen Gruppen wird bemerkt:

1. Die Beurteilung der militärischen Verwendbarkeit der Vertreter der ersten Gruppe stößt auch bei längerer Beobachtung im Lazarett auf Schwierigkeiten, da auf gewisse Hilfsmittel — Aktendurchsicht, Feststellungen in der Heimat — aus Zeitmangel verzichtet werden muß, das militärärztliche Urteil sich im wesentlichen auf den Angaben des Mannes aufbaut und diese vielfach recht unzuverlässig sind. Infolgedessen hat die Truppe häufig die fachärztlichen Entscheidungen nicht anerkannt und sich, oft mit gutem Erfolge, zu einer anderweitigen Verwendung des Mannes entschlossen.

Von den einzelnen Untergruppen gilt folgendes:

Imbezille mit mäßigen, vorwiegend intellektuellen Mängeln — passive Imbezille mittleren Grades — sind entsprechend ihrer körperlichen



Leistungsfähigkeit und beruflichen Ausbildung in den verschiedensten Stellen in der Garnison, der Etappe und unter Umständen auch in der Front zu verwenden.

Gegenstand fachärztlicher Begutachtung wird der Imbezille erst dann, wenn er an einen Posten gestellt wird, dem er nicht gewachsen ist. Die Mehrzahl der Imbezillen versagt im Heeresdienst nicht wegen intellektueller, sondern wegen gemütlicher Mängel, wegen ihrer Reizbarkeit, Widersetzlichkeit und ihres Unvermögens, sich in die strenge Ordnung und Manneszucht einzufügen. Imbezille mit ausgesprochenen gemütlichen Mängeln — erethische Imbezille — sind dienstunbrauchbar.

Das gleiche gilt von Psychopathen, die zu ausgesprochenen Stimmungsschwankungen, reizbaren und depressiven Verstimmungen neigen: von epileptoiden Psychopathen, Poriomanen und Dipsomanen.

Sehr viel schwieriger ist die Beurteilung der Psychopathen, die unter den umfassenden Begriff der konstitutionellen Neurasthenie fallen, der chronisch Nervösen, der habituell Deprimierten, der Übersensiblen und der krankhaft ängstlichen Persönlichkeiten. Es soll zugegeben werden, daß diejenigen von ihnen, bei denen sich diese Schwächen mit einem hohen Maße von Verantwortlichkeits- und Pflichtgefühl verbinden, bisweilen wertvolle Dienste an der Front zu verrichten vermögen. Im allgemeinen sind sie jedoch nicht als k. v. zu bezeichnen. Ob es im Interesse der Truppe liegt, sie zu Garnison- oder Arbeitsdienst heranzuziehen, hängt wesentlich von ihrer beruflichen Ausbildung ab.

Ähnlich sind die hysterisch veranlagten Psychopathen zu beurteilen, die schon vor ihrer Einstellung oder unter den geringen Anforderungen der Ausbildung an Krampfanfällen, Dämmerzuständen und andern hysterischen Erscheinungen erkranken. Sie versagen unter den körperlichen Anforderungen und seelischen Erschütterungen des Felddienstes sehr bald, während sie auf ruhigeren Posten in der Etappe und der Garnison Ersprießliches leisten können.

Wie die Tabellen zeigen, ist das Ergebnis der Feststellungen über das militärische Schicksal der ersten Gruppe unerfreulich. Die Hälfte der Leute ist aus dem Heere ausgeschieden: 58 % der Imbezillen, 44 % der Psychopathen, 53 % der Hysteriker sind bereits entlassen oder beurlaubt in den Beruf bzw. zur Beendigung des D. U.-Verfahrens. Im Felde steht etwas mehr als $^1/_{10}$ der Leute, nämlich 14 % der Imbezillen, 12 % der Psychopathen und 10 % der Hysteriker. Doch auch diese werden zumeist nur zum Arbeitsdienst herangezogen; als k. v. in den vordersten Reihen sind nur 7 der Psychopathen festgestellt.

Bei der Bewertung dieser unerfreulichen Ergebnisse muß jedoch berücksichtigt werden, daß die in die Nervenlazarette Eingewiesenen eine Auswahl besonders minderwertiger Psychopathen darstellen, von Mannschaften, die bereits während der Ausbildungszeit oder draußen in der Etappe oder im Felde versagt haben und deshalb in das Heimatgebiet

abgeschoben worden sind. Die zahlreichen Psychopathen — die konstitutionell Erregten, sanguinisch Minderwertigen usw. —, die in Friedenszeiten sich schwer in die wirtschaftliche Ordnung einzufügen vermochten, in der Front aber sich durch ihr Draufgängertum auszeichnen, kommen naturgemäß nicht in ärztliche Beobachtung.

2. Die zweite Gruppe umfaßt die akuten Neurastheniker und vasomotorischen Neurosen.

Unter die akuten Neurastheniker sind auch die wegen körperlicher oder seelischer Erschöpfung in die Lazarette Eingewiesenen gezählt. Die akute Neurasthenie des körperlich und seelisch Rüstigen bietet günstige Heilungsaussichten. Ist das Heilergebnis der in den Nervenlazaretten behandelten Neurastheniker unerfreulich, so liegt das an der ungünstigen Auswahl der Eingewiesenen. Von 123 akuten Neurasthenien sind 31 % als d. u. entlassen bzw. zur Arbeitsaufnahme oder bis zur Beendigung des D. U.-Verfahrens beurlaubt. Im Felde stehen 21, d. i. 17 %; davon sind allerdings eine große Anzahl k. v. Die übrigen 52 % werden als g. v. oder a. v. im Heimatgebiet verwandt.

Die Herzneurosen, Thyreotoxie und ähnliche Zustände sind als vasomotorische Neurose der akuten Neurasthenie angegliedert. 42 % von ihnen sind in das bürgerliche Leben ausgeschieden; 45 % werden im Heimatgebiet verwendet; nur 13 % stehen im Felde, und auch diese werden sämtlich nur als g. v. oder a. v. dort verwendet. Auch dieses ungünstige Ergebnis ist auf die besondere Auswahl zurückzuführen, die in die Nervenlazarette eingewiesen wird.

3. Die Epilepsie ist in ihrem Kern eine organische Erkrankung. Da der Kreis der Epilepsie jedoch von vielen sehr weit gefaßt wird und Zustände darunter begriffen werden, die zweifellos funktionellen Ursprungs sind, so wird auch ihrer in diesem Zusammenhange gedacht.

Nachgewiesene Epilepsie macht d. u. Die Fachärzte haben sich in ihren Entscheidungen nicht streng an diese Bestimmung gehalten: von 47 Epileptikern wurden in den Beobachtungsabteilungen 25 als d. u., die andere Hälfte als g. v. und a. v. bezeichnet. Die Truppe ging teilweise noch weiter: Zwar wurden 34, also 72 %, aus dem Heeresdienst entlassen bzw. beurlaubt, 8,5 % jedoch ins Feld geschickt. 3 von ihnen stehen in Armierungsbataillonen, einer tut sogar Felddienst. Als k. v. ist jedoch der Epileptiker in keinem Falle zu bezeichnen; andrerseits läßt sich darüber streiten, ob es bei dem jetzigen Mannschaftsbedarf gerechtfertigt ist, jeden Epileptiker als d. u. zu erachten. Geistig rege Epileptiker mit seltenen, zumal nächtlichen Anfällen und ohne seelische Störungen könnten ohne Bedenken als g. v. oder a. v. für leichten Dienst bezeichnet werden.

4. Chronische Alkoholiker machen der militärärztlichen Beurteilung ihrer Verwendbarkeit oft große Schwierigkeiten. Die Entscheidung des Facharztes wird davon abhängen, ob er den Mann für durch disziplinäre Maßnahmen besserungsfähig oder unbeeinflußbar hält, ob er ein Laster,



die Trunkfälligkeit, oder eine Krankheit, die Trunksucht, bei ihm annimmt. Der Trunksüchtige, der degenerierte Alkoholiker, ist wie der Geisteskranke zu behandeln und für keinen Dienst verwendbar, der Trunkfällige hingegen entsprechend seiner körperlichen und seelischen Anlage, seinem Wissen und Können als g. v., a. v., gegebenenfalls auch k. v. Die Truppe neigt dazu, den Trinker als lasterhaft, nicht als krank zu bezeichnen. Nur 36 % wurden entlassen und beurlaubt, 25 stehen im Felde, allerdings nur einer als k. v., die übrigen bei Armierungsbataillonen und im Arbeitsdienst.

5. Die militärische Verwendbarkeit der Kriegsneurotiker läßt sich nur von demjenigen beurteilen, der sich über Ursprung und Wesen ihrer Störungen klar ist.

Die Kriegsneurosen im engeren Sinne unterscheiden sich nicht von den aus Friedenszeiten bekannten, als hysterisch bezeichneten Störungen, die sich aus geringem Anlaß bei krankhaft veranlagten Persönlichkeiten entwickeln. Sie sind pathologische Reaktionen zumeist auf gemütliche Erschütterungen — auf Explosionen, Verschüttungen, langdauernde Beschießung —, Schreckneurosen, die sich naturgemäß besonders leicht auf dem Boden krankhafter seelischer Veranlagung entwickeln, von denen aber auch Persönlichkeiten nicht verschont bleiben, die bis dahin keine Abweichungen vom Durchschnittlichen erkennen ließen.

Die Schreckneurose hat an sich sehr günstige Heilaussichten. Verläuft sie ungünstig, wie z. B. die Schreckneurose nach Unfällen Versicherter, so ist die Ursache für die Verschleppung der Heilung in Rentenbegehrungsvorstellungen und andern Einflüssen zu suchen.

Auch die Erfahrungen der an der Front tätigen Ärzte lehren, daß die Mehrzahl der Schreckneurosen in den Kriegslazaretten in kurzer Zeit zur Heilung kommt. Im Heimatgebiet freilich ist die Voraussage der Schreckneurose schlecht. Hysterische Störungen, die im Anschluß an gemütliche Erschütterungen im Felde zum Ausbruch kommen, verschlimmern sich trotz aller ärztlichen Bemühungen; häufig treten sie bei Leuten auf, die wegen harmloser Verwundungen oder innerer Erkrankungen ins Heimatgebiet verbracht wurden; ja gar nicht selten auch bei solchen, die nie im Felde waren, und ohne daß eine auslösende Ursache dafür erkennbar wäre. Es liegt nahe, die Entstehungen dieser Störungen im Lazarett auf suggestive Einflüsse zurückzuführen, die von andern Hysterischen auf krankhaft Veranlagte ausgeübt werden. Es ist nur erstaunlich, daß nur Soldaten, nicht auch das weibliche Pflegepersonal davon befallen wird.

Klarheit über die Verschleppung der hysterischen Reaktionen im Heimatgebiet und über ihre Entstehung in den Lazaretten geben uns folgende Tatsachen:

a) Hysterische Störungen sind bei Schwerverletzten verhältnismäßig selten. Die weitaus größte Zahl der Neurotiker ist überhaupt nicht oder nur leicht verwundet. Da gerade bei Schwerverletzten die gemüt-



liche Erschütterung als besonders heftig angenommen werden darf, kann nicht sie allein die auslösende Ursache für die große Masse der Neurosen sein.

b) In den Kriegsgefangenenlagern ist die hysterische Neurose eine äußerst seltene Erscheinung. Unter 80 000 Kriegsgefangenen der Gefangenenlager im XIV. Armeekorps wurde nur eine einzige, ein hysterischer Mutismus nach Verschüttung, beobachtet. Auch unter den sämtlichen zur Internierung in der Schweiz bestimmten Gefangenen befand sich keine Schreckneurose. Das ist nicht etwa darauf zurückzuführen, daß die germanische Rasse mehr als andere zu derartigen Störungen geneigt sei; denn

c) auch unter den in der Schweiz internierten deutschen Gefangenen ist die Schreckneurose unbekannt. Und anderseits steht es

d) fest, daß die hysterischen Reaktionen in den Lazaretten Frankreichs zum mindesten ebenso verbreitet sind wie bei uns.

Die Feststellung, daß die Schreckneurosen bei Kriegsgefangenen ihre natürliche baldige Heilung finden, bei Mannschaften jedoch, deren militärische Verwendung noch in Frage kommt, zu chronischen Leiden sich entwickeln, läßt keinen Zweifel, daß gewisse Begehrungsvorstellungen für ihre Verschleppung verantwortlich zu machen sind, mit andern Worten, daß die Fixation, in vielen Fällen auch die Entstehung der hysterischen Neurose, eine Abwehrreaktion gegen die militärische Verwendung ist.

Die Tatsache löst den scheinbaren Widerspruch zwischen den günstigen Heilaussichten der Schreckneurose in der Front und den ungünstigen im Heimatgebiete. Sie gab dem Sanitätsamt XIV. Armeekorps den Anstoß, die Nervenkranken den schädlichen Einflüssen der Stadt zu entziehen und sie in ländlichen, fachärztlich geleiteten Lazaretten zu versorgen. Die Erfolge waren bei den hysterischen Kranken zunächst nicht günstig; ein Umschwung trat erst ein, als ihre Behandlung mit starken elektrischen Strömen allgemein eingeführt wurde. Die Lazarette haben bisher über 300 Kranke behandelt: während die jährlichen Renten vor der Behandlung etwa einer Summe von 127 000 M. entsprachen, wurde ihre Höhe nach der Behandlung auf etwa 13 000 M. veranschlagt. Die jährliche Ersparnis beträgt daher etwa 114 000 M.

Mit Rücksicht auf das Wesen und die Ursache dieser Störungen war jedoch von vornherein zu erwarten, daß der Wert dieser Behandlungsweise vorwiegend in einer wesentlichen Hebung der Erwerbsfähigkeit derjenigen Mannschaften bestehen würde, die in ihren Beruf entlassen werden. Da die Kriegsneurose eine unbewußte Abwehr gegen den Kriegsdienst ist, kann es nicht überraschen, daß die Zahl der wieder k. v. werdenden Neurosen verschwindend klein ist.

Von hysterischen Kriegsneurosen sind mittlerweile aus dem Heeresdienst als entlassen oder beurlaubt ausgeschieden 64 %. Von den dem Heere noch Angehörenden befinden sich 5% wieder im Lazarett, 25 % als



g. v. oder a. v. im Heimatgebiet. Diese warten zum Teil noch in den Genesendenkompagnien ihre endgültige Verwendung ab. Die übrigen werden im Grenzschutz, in den Gefangenenlagern, in Depots und Bureaus, als Ordonnanzen und Burschen zu leichter Arbeit verwendet. Zum Teil genügen sie auch diesen Anforderungen nicht; bei 3,9% hoffen zwar die Truppenärzte auf Wiederherstellung der Felddienstfähigkeit, 10,4% sind jedoch als d. u. zur Entlassung vorgemerkt. Nur 6% stehen im Felde, doch auch von diesen ist der kleinste Teil k. v. Abgesehen von 9 Fällen, wo Näheres nicht festgestellt werden konnte, tun vollen Dienst nur 5, die übrigen verrichten Arbeits- und Garnisondienst in Landsturmbataillonen hinter der Front usw. K. v. im engsten Sinne sind demnach von den Fällen sicher nur 1,1% bzw. 3,2%; aus dem Heeresdienst entlassen oder in absehbarer Zeit zu entlassen sind 74%. Dieses unerfreuliche Ergebnis gestaltet sich noch ungünstiger, wenn berücksichtigt wird, daß von den im Jahre 1915 in den Lazaretten behandelten Hysterikern 36%, von den 1916 behandelten 17% mit Versorgung aus dem Heeresdienst entlassen wurden. Es ist daher zu erwarten, daß noch eine erheblichere Anzahl der zurzeit als g. v. und a. v. Geführten schließlich doch noch als d. u. entlassen wird.

Das Ergebnis der Feststellungen ist äußerst ungünstig. Es soll nicht verhehlt werden, daß ein oder der andere Imbezille, Psychopath, Neurastheniker, Alkoholiker, vielleicht auch einzelne der eigentlichen Kriegsneurotiker, zumal in dem ersten Kriegsjahre, auf Grund fachärztlicher Zeugnisse entlassen wurden, obschon sie bei entsprechender Berücksichtigung ihrer seelischen Eigenart doch noch irgendwie verwendungsfähig gewesen wären.

Es kann nicht ausdrücklich genug betont werden, daß die militärischen Anforderungen in verschiedener Beziehung wesentlich andere als in Friedenszeiten sind. In Friedenszeiten macht mehr oder weniger jeder Soldat (mit Ausnahme der Ökonomiehandwerker, der Militär-Krankenwärter usw.) eine längere gründliche Ausbildung mit der Waffe durch, die erfahrunggemäß und gerade wegen der zwar notwendigen, von vielen aber als kleinlich und schikanös empfundenen Gründlichkeit und Pünktlichkeit, wegen des „Kommiß" manchen seelisch Regelwidrigen straucheln läßt. Im übrigen sind die Anforderungen an körperliche und seelische Widerstandsfähigkeit bis auf gewisse Ausnahmefälle mäßig und werden an alle Mannschaften in gleicher Weise gestellt. Die Verwendungsmöglichkeiten für den körperlich oder seelisch weniger Leistungsfähigen sind gering; wer nicht den allgemeinen Anforderungen genügt, paßt nicht in das Heer, und es ist bekannt, mit welcher Weitherzigkeit gerade der seelisch Regelwidrige in den letzten Friedensjahren vom Dienst befreit wurde.

Im Kriege sind, zumal bei unserem großen Bedarf an Mannschaften, die Verhältnisse ganz anders geworden. Auf der einen Seite sind an der



Front die Anforderungen an körperliche Leistung und seelische Widerstandsfähigkeit ganz außerordentlich hohe, viel höhere, als irgendeiner von uns zu ahnen gewagt hat. Auf der andern Seite sind aber die Verwendungsmöglichkeiten für den nicht voll Leistungsfähigen wesentlich mannigfaltiger als in der Friedenszeit. Die Riesenorganisation im Heimatgebiet, in der Etappe und in der Front verlangt eine Unmenge von Leuten in den Bekleidungsämtern, den Depots, den Bureaus, den Gefangenenlagern, dem Grenzschutz, den Armierungsbataillonen, Schlächtereien, Bäckereien usw., wo neben dem körperlich Schwachen oder Geschwächten auch der seelisch regelwidrig Veranlagte oder Gewordene seinen Posten auszufüllen vermag Also was in Friedenszeiten nur ganz beschränkt möglich war, jetzt ist es Gebot und Voraussetzung, um den Anforderungen zu genügen, die der Krieg an uns gestellt hat, die Individualisierung. Ebenso wie wir jetzt Kranke mit körperlichen Mängeln im Heeresdienst behalten und ihren Kräften entsprechend verwenden, Mannschaften, die wir nach den Friedensbestimmungen für dienstunbrauchbar erklären müßten, ebenso dürfen auch die seelisch Regelwidrigen nur dann aus dem Heeresverbande entlassen werden, wenn für sie auch bei weitgehender Rücksichtnahme auf ihre Leistungsfähigkeit keine geeignete Tätigkeit gefunden werden kann.

Die Frage, die dem Facharzt vorgelegt wird: „Verhindert die krankhafte seelische Veranlagung die Ausbildung oder Ausübung des militärischen Dienstes“, läßt sich demnach dahin umschreiben: „Entspricht es dem Interesse des Heeres, daß der Mann militärisch eingezogen wird oder bleibt?“ Daraus geht schon hervor, daß nicht ausschließlich der Grad der seelischen Regelwidrigkeit für die Entscheidung über die Dienstfähigkeit maßgebend sein darf, sondern auch die berufliche Ausbildung des Psychopathen, sein Wissen und Können, denn, wie der einarmige Offizier oder der lungenkranke Arzt im Rahmen ihres Berufes bei entsprechender Rücksichtnahme auf ihre Gebrechen arbeitsverwendungsfähig sind, so ist auch bei gleicher seelischer Regelwidrigkeit der Rechtsanwalt anders zu beurteilen wie etwa ein ungelernter Arbeiter oder Landwirt. —

Gaupp-Tübingen bittet bei der Besprechung das Thema über Kriegsneurosen mit Rücksicht auf die Erörterung dieser Frage am folgenden Tage nicht zu behandeln.

Binswanger-Jena schlägt vor, wegen Zusammengehörigkeit der Themata und um Wiederholungen zu vermeiden, den nächsten Bericht der Tagesordnung jetzt anzuschließen und die beiden Berichte gemeinsam zu besprechen. Der Vorschlag findet Anklang.

Bericht von *E. Meyer*-Königsberg: Über die Frage der Dienstbeschädigung bei den Psychosen.

Der Bericht beschränkt sich auf die Dementia praecox, das manisch-depressive Irresein, die Paralyse, die Epilepsie und



das arteriosklerotische Irresein, weil der psychopathischen Konstitution in den andern Berichten schon so vielfach gedacht wird.

M. weist zuerst darauf hin, daß die Sonderverhältnisse des Krieges oder außergewöhnliche Vorkommnisse in dieser Zeit nur Bedeutung für die Kriegsdienstbeschädigung nach dem Gesetz haben können, wenn ihr ursächlicher Einfluß erwiesen oder ausreichend wahrscheinlich gemacht ist.

Dem Bericht liegt zugrunde das Beobachtungsmaterial der Königsberger Klinik vom 1. August 1914 bis 31. Juli 1916; außerdem standen die schon erledigten Dienstbeschädigungsakten bei Geisteskranken aus dem Bereich des I. Armeekorps zur Verfügung.

Unter 2561 Soldatenaufnahmen gehörten 194 Fälle, also 7,5%, der Dementia praecox an. Es ergab sich, daß die Zahl der Dementia praecox-Fälle anfänglich sehr gering war, dann anstieg und im zweiten Kriegsjahr 7 bis 8% der Aufnahmen ausmachte; gegenüber dem Friedensprozentsatz von 12 und mehr Prozent eine verhältnismäßig geringe Zahl. Was das Alter anbetrifft, so ergab sich hierin eine große Übereinstimmung mit der *Bleuler*schen und in der Hauptsache auch mit der *Kraepelin*schen Statistik aus Friedenszeiten.

In mehr als der Hälfte der Fälle waren schon vor dem Kriege nervöse oder psychische Störungen vorhanden gewesen. 65% der Kranken waren länger oder kürzer im Felde, doch bei nur 33 von ihnen, also 17%, hatten besondere Schädigungen, wie Verwundungen, körperliche Erkrankungen und ganz vereinzelt Granatexplosionen und dergleichen eingewirkt. Der Verlauf und die Art der Erkrankung zeigten nichts Besonderes.

Was die Kriegsdienstbeschädigung bei Dementia praecox angeht, so kommen für diese nach *M.*s Ausführungen Kopfverletzungen, Infektionskrankheiten, Granat- und Minenexplosionen und ähnliche äußere Schädigungen in Betracht, jedoch nicht die einfache Tatsache, daß jemand im Felde, selbst längere Zeit, war.

Dem manisch-depressiven Irresein gehörten 43 Fälle an, von denen 27 schon früher krank waren. Von besonderen Schädigungen waren zu nennen 3mal Verwundungen, 2mal Hirnerschütterungen und 2mal besonders schwere seelische Erregungen. Der Verlauf ergab keine Besonderheiten. Alles sprach dagegen, daß dem Kriegsdienst als solchem eine ursächliche Bedeutung für die Entwicklung des manisch-depressiven Irreseins zukommt.

66 Fälle waren progressive Paralysen. Das Alter derselben entsprach den Beobachtungen in Friedenszeiten. Bei 27 Kranken war frühere nervöse oder geistige Störung nachweisbar. Soweit syphilitische Infektion zugegeben wurde, lag sie zumeist 10 bis 20 Jahre zurück. Von besonderen Ereignissen wurden 5mal Verwundungen, einmal Sturz mit dem Pferde angegeben. Anhaltpunkte für die Annahme einer „Kriegsparalyse“ im Sinne von *Weygandt* ergaben sich nicht. Auch bei der Para-



lyse wird Kriegsdienstbeschädigung nur bei Feststellung besonderer Schädigungen anzunehmen sein, nicht, wenn nur die allgemeinen Kriegsdienstverhältnisse eingewirkt haben.

63mal handelte es sich um genuine Epilepsie. In 93 % der Fälle waren schon früher Störungen von seiten des Nervensystems beobachtet, zumeist Anfälle, selten psychische Störungen. Nur 1/3 der Kranken waren im Felde gewesen; besondere Schädigungen wurden nur sehr selten angegeben.

Das arteriosklerotische Irresein erwies sich für die Dienstbeschädigung ohne Belang.

Zusammenfassung: Für die Frage der Kriegsdienstbeschädigung kommen vorwiegend die Dementia praecox, das manisch-depressive Irresein und die Epilepsie in Betracht. Das Krankheitsbild und der Verlauf waren dabei die aus Friedenszeiten her bekannten. In einem großen Teil der Fälle waren krankhafte Erscheinungen psychischer oder nervöser Art schon vor dem Kriegsdienst nachzuweisen. Äußere Schädigungen waren verhältnismäßig selten feststellbar. Kriegsdienstbeschädigung kann nach den bisherigen Erfahrungen bei den genannten Geisteskrankheiten nur angenommen werden, wenn die Kranken Einzelschädigungen von besonderer Schwere ausgesetzt waren, nicht aber deshalb schon, weil sie überhaupt im Felde gewesen waren. (Ausführliche Veröffentlichung im Arch. f. Psych.)

Besprechung. — *Weygandt*-Hamburg glaubt, wenn von Paralytikern, deren Anzahl etwa der des Herrn Referenten entspricht und die dauernd beobachtet werden konnten, mehrere nach 1 bis 3 Monaten und über 20 % schon im 1. Jahre starben, wohl eine Beschleunigung des Krankheitsverlaufs annehmen zu dürfen. Es ist aber auch nicht prinzipiell abzulehnen, daß ebensogut wie einzelne Schädlichkeiten auch die chronischen Kriegsschädlichkeiten die Paralyse zu einem schweren Ausbruch drängen können. Gerade hinsichtlich der Auslösung einer Paralyse durch ein Trauma scheint ihm die von dem Herrn Referenten angegebene zulängige Zwischenfrist von 2 Jahren zu hoch anberaumt. Der Ausdruck „Kriegsparalyse" ist natürlich nur cum grano salis zu verstehen. — Wenn jetzt gegenüber dem im wohlwollendsten Sinne „in dubio pro aegroto" gehaltenen § 151 der Dienstanweisung hinsichtlich der Dienstbeschädigung deutlich gebremst wird, so ist das bedingt durch die unheimlichen finanziellen Konsequenzen der Ansprüche der Kriegsneurotiker; diesen gegenüber spielen die Kriegsparalytiker numerisch nur eine kleine Rolle; zudem läuft bei ihnen, wenn sie ledig sind, die Unterstützungspflicht ohnedies bald ab. Verpflegt müssen sie sowieso werden, überdies bilden sie keinen psychischen Infektionsherd wie die Kriegsneurotiker. — Daß Epilepsie nach langjähriger Latenz wieder im Krieg ausbrechen kann, ist auch aus der heutigen Diskussion zu entnehmen. Die Fälle, in denen anscheinend eine Epilepsie bei einem bisher ganz Gesunden hervorgerufen wurde, sind

wohl anamnestisch nicht hinreichend geklärt. Um Dauerschädigungen handelt es sich jedoch dabei nicht. Daß unter Umständen ein Epileptiker felddienstfähig sein kann, ergibt sich aus dem Beispiel zweier berühmter Epilepsiefälle, Napoleons und seines Gegners von Aspern, des Erzherzogs Karl. — Hinsichtlich der Diensttauglichkeit sollte man auch die Kategorie berücksichtigen, für welche die von *Rittershaus* angewandte Bezeichnung gilt: „felddienstfähig, aber nicht garnisondienstfähig". Es sind das nicht nur einzelne Abenteurer, Phantastiker, reizbare Imbezille und solche Minderwertige, die durch den Alkohol und andere schädliche Umstände der Garnison, Verwöhnung, Sexualverkehr, Bummelei, gefährdet sind; an der Front ist der Alkohol immerhin leichter zu dosieren. Freilich ist auch seine gegenwärtige Verwendung noch reichlich, wie sich aus der Tätigkeit der Kriegsgerichte ergibt, die Fälle von Entfernung, Gehorsamsverweigerung, Widersetzlichkeit, Gewalttätigkeit und Sexualdelikte bekommen, bei denen der Alkohol die Hemmung der Minderwertigen hinweggeräumt hat. Es wäre höchst segensreich, wenn diese Versammlung ihre Autorität nach dieser Richtung hin zur Geltung brächte.

Stransky-Wien läßt entsprechend der Anregung *Gaupps* die Neurosen zunächst aus dem Spiel. Er stimmt *Wilmanns* zu, nur in einem Punkte muß er von ihm abweichen. Die wesentlich nur kriminellen Elemente (zumal die Gewalttätigen) wären, wie *Str.* schon vor langer Zeit vorgeschlagen hat, vor allem als frontdiensttauglich zu erklären. Jedenfalls sind sie nicht garnison- bzw. kaderdienstfähig, im Hinterlande bewähren sie sich minder, in der Front aber bewähren sie sich vortrefflich. Gewisse Elemente sind unter der straffen Feldzucht etwa zu Armierungsarbeiten gut zu verwenden, aber aus selektiven Gründen sind diese Elemente, wie *Stransky* auch vor längerer Zeit betont hat, besser jetzt nicht im Hinterlande zu halten. Sie sollen nicht mehr Gelegenheit zur Fortpflanzung als schon im Frieden haben. Epileptiker möchte *Str.* keineswegs im Wachdienst verwenden.

Stier-Berlin weist zunächst darauf hin, daß wir nicht, wie der Berichterstatter meinte, die schweren psychogenen Reaktionen erst seit dem Kriege bei Soldaten sehen, sondern daß sie auch in ganz der gleichen Form im Frieden dawaren; des weiteren, daß nach der D. A. Epilepsie nicht schon nach einem, sondern erst nach dem Auftreten wiederholter Anfälle von Bewußtlosigkeit anzunehmen ist, daß dann aber völlige Dienstunbrauchbarkeit mit Recht angenommen wird wegen der fast nie fehlenden gesteigerten Reizbarkeit, Unfügsamkeit und Alkoholintoleranz dieser Leute. — Bei den Psychopathen mit psychogenen Reaktionen ist tunlichst völlige Beseitigung der akuten Symptome anzustreben, dann aber sind diese Leute — N. B. nicht wegen Nervenkrankheit, sondern nach 1 U 15 wegen krankhafter seelischer Veranlagung — sofort für unbrauchbar zu jedem Dienst zum mindesten nur für a. v. zu erklären. Letzteres er-



scheint besonders angebracht, wenn die Betreffenden durch ihre beruflichen Kenntnisse für den Krieg in der Heimat nutzbringend verwendet werden können. Keinesfalls sind sie als g. v. zu erachten, da dann das Damoklesschwert der Wiederhinaussendung in den Krieg dauernd über ihnen schwebt und Rückfälle der Krankheitserscheinungen sofort aufzutreten pflegen. — Dienstbeschädigung ist nach Beseitigung der akuten Erscheinungen grundsätzlich nicht anzunehmen, da die Erwerbsfähigkeit, wie die Erfahrungen des Friedens und der Unfallgesetzgebung zeigen, bei diesen Leuten in ihrem alten Beruf durchaus gut ist und durch den bei Ablehnung der D. B. geschaffenen Zwang zur Arbeit der Rest der Beschwerden bald verschwindet. Eine solche Stellungnahme ist gesetzlich möglich, da D. B. nicht vorliegt bei Gesundheitsstörungen, die „ihrem Wesen nach vorübergehender Art“ sind; eine Härte liegt darin nicht, da in Ausnahmefällen, wenn tatsächlich nach einiger Zeit noch eine wesentliche Einbuße an Arbeitsfähigkeit bestehen sollte, nachträgliche Annahme der D. B. durchaus möglich ist. — Der Hauptvorzug der Ablehnung der D. B. gegenüber der Bewilligung einer kleinen Rente aber besteht in der endgültigen Beruhigung des Mannes, da eine Klage gegen die Ablehnung der D. B. nicht zulässig ist.

Wollenberg-Straßburg: Mit den allgemeinen Schlußfolgerungen des Herrn *Wilmanns* bin ich einverstanden. Im einzelnen wird morgen in der Diskussion der Kriegsneurosen noch einiges zu sagen sein, insbesondere mit Bezug auf die Therapie. In dieser Beziehung ist Herr *Wilmanns* bei der Besprechung der Hilfsmittel, die wir für die Beurteilung der Psychopathen im Lazarette besitzen, auf die Arbeitstherapie nicht eingegangen. Diese gewährt jedoch bei richtiger Behandlung mit Überwachung recht gute Anhaltpunkte. Ein als Nervenheilstätte eingerichtetes Lazarett in Preßburg hat sich in dieser Hinsicht recht gut bewährt und wird auch von andern Lazaretten vielfach in Anspruch genommen. — Was die Psychopathen betrifft, die der von Herrn *W.* genannten ersten Kategorie angehören, so scheint es mir, als würden diese von Nichtpsychiatern gegenwärtig nicht selten als Simulanten angesehen. Hinsichtlich der Epileptiker stehe ich auf dem Standpunkte des Herrn *W.*, daß man Leute mit den von ihm geschilderten Eigenschaften nicht gar zu schematisch vom Dienst ausschließen soll.

Binswanger-Jena will nur auf zwei Punkte aufmerksam machen. 1. Die Behandlung der Kriegspsychoneurotiker mittels des faradischen Stromes ist vor 30—40 Jahren Gemeingut der militärärztlichen Therapie gewesen in allen Fällen der Hysterie, die dem Begriff der Simulation eingeordnet war. Die Erfolge von damals sprechen nicht für Dauerheilungen. Viel nützlicher sind individualisierende Isolierkuren (psychische Abstinenzkuren), die in $^{2}/_{3}$ der Fälle — es wurden nur langwierige und symptomatologisch schwere Fälle auf diese Weise behandelt — einen guten, dauernden Erfolg hatten. — 2. Man soll mit der D. U.-Erklärung bei den



Psychoneurotikern objektiv und zurückhaltend sein. Herstellung der Arbeitsfähigkeit — nachdem den Patienten strikte erklärt worden ist, daß eine Dienstbeschädigung nicht vorliegt — muß in kürzer oder länger dauernden Arbeitsbeurlaubungen und Arbeitsleistungen erprobt und befestigt werden. Mißlingt dieser Urlaub, so sind diese Leute in die Speziallazarette zurückzuführen, um später den Versuch zu wiederholen. Auf diesem Wege gewinnt man für die Armee einen, wenn auch kleinen, Bruchteil kriegsverwendungsfähiger Mannschaften und einen sehr großen Prozentsatz arbeitsverwendungsfähiger Leute. G. v. sind diese Psychoneurotiker nicht zu schreiben, denn in dem Garnisondienst geht jeder Gewinn der spezialärztlichen Behandlung wieder verloren.

Liebers-Dösen hat ebenfalls zur Heilung psychoneurotischer Affektsymptome (Zittern, Mutismus, Aphonie), wenn andere Mittel versagten, starke sinusoidale Wechselströme angewendet, und zwar mit gutem Erfolg. Da die Methode aber, um wirksam zu sein, starke, sehr schmerzhafte Ströme erfordert, so hält er, genau so wie zu größeren Operationen, die vorherige Einwilligung des Kranken für notwendig. Es ist ihm bisher immer gelungen, diese Einwilligung zu erlangen, wenn auch oft durch suggestive Vorbereitung, durch Appellation an ihr Ehrgefühl usw. Die Heilung erfolgte immer in der ersten Sitzung.

Seige-Partenkirchen macht zum Vortrage des Herrn *W.* einige Bemerkungen nach seinen feldärztlichen Erfahrungen. Er hat mit der Einstellung der weichlichen Psychopathen, geheilten Zitterneurotikern usw. im Etappendienste sehr gute Erfahrungen gemacht; sie haben hier einesteils nicht die schlechten Einflüsse des Lebens in der Heimat, auch nicht den deprimierenden Eindruck, daß sie wegen ihres Leidens aus dem Kriege nach Hause geschickt wurden; auf der andern Seite sind sie den schädigenden Einflüssen in der Front entrückt. Zur Frage der Dienstbeschädigung bei Epilepsie ist zu erwägen, daß im Kriege sicherlich eine große Anzahl Epileptiker entdeckt werden, die selbst nichts von ihren Anfällen wissen. Bei dem jahrelangen engen Zusammenleben der Mannschaften im Schützengraben kann kein Anfall übersehen werden, eine exaktere Überwachung wie im Kriegsdienst ist gar nicht denkbar. So erklärt sich eine Anzahl der Fälle von scheinbarer Entstehung der Epilepsie im Kriege. Wenn Herr *Str.* meint, daß die erethischen Psychopathen sich an der Front bewähren, so trifft dies wohl nur für den Bewegungskrieg zu, im Stellungskriege scheitern sie an der Disziplin. — Im Gegensatz zu dem Vorredner hat *S.* den *Ganser*schen Symptomenkomplex im Kriegslazarett äußerst selten gesehen, während er im Heimatlazarett sehr häufig zu sein scheint.

Reiß-Tübingen betont seine guten Erfahrungen auch mit schweren Psychopathen als Frontarzt, sobald eine individualisierende Behandlung stattfindet, die im Stellungskriege wohl durchzuführen ist. Allerdings ist eine weitgehende Unterstützung und Verständnis von seiten der Offiziere erforderlich, das man aber unschwer findet. Sind Psychopathen einmal in



Heimatlazarette gelangt, so trifft die ungünstige Schilderung des *Wilmanns*-schen Referates unbedingt zu. Die Aussicht auf Kriegsverwendungsfähigkeit ist dann außerordentlich gering. Es kann nicht genug Wert darauf gelegt werden, auch psychopathisch Minderwertige mit allen Mitteln in der Front zu erhalten.

Hübner-Bonn betont, daß nach den gegenwärtig geltenden Bestimmungen die Dienstunbrauchbarkeitserklärung der Epileptiker verlangt wird.

Wilmanns bemerkt zur Frage der Dienstbeschädigung bei den Psychosen:

Es sei sehr erfreulich, daß *E. Meyer* sich in so entschiedener Weise gegen die Annahme von D. B. bei den endogenen Psychosen ausgesprochen habe. Die Ärzte pflegen in fast allen Fällen von Psychosen, die im Felde zum Ausbruch kamen, einen ursächlichen Zusammenhang mit den Anstrengungen und Erregungen des Dienstes anzunehmen, obschon sich das wissenschaftlich in keiner Weise stützen läßt. So liegen keinerlei Anhaltpunkte dafür vor, daß die Schädigung durch den Kriegsdienst eine Paralyse auslöst oder in ihrem Verlauf beeinflussen kann. Die von *Weygandt* vertretene Anschauung, die im Felde entstandene Paralyse verlaufe schneller als gewöhnlich, ist nicht überzeugend. Zu derartigen Schlußfolgerungen reicht sein kleines Material nicht aus. Aber selbst wenn *Weygandt* recht hätte, würde eine andere Erklärung für den schnelleren Verlauf der Erkrankung einleuchtender sein: näher liegt, die jetzigen Ernährungsverhältnisse und die mangelhafte Schulung des verfügbaren Pflegepersonals dafür verantwortlich zu machen. — Daß echte Epilepsie, d. h. die fortschreitende organische Gehirnerkrankung, durch die besonderen Verhältnisse des Feldzuges entstehen kann, ist durchaus unwahrscheinlich. Hingegen muß zugegeben werden, daß sich infolge von seelischen Erregungen und auch wohl körperlichen Anstrengungen epileptische Anfälle bei Epileptikern häufen können. Ähnliches ist z. B. bei Anstaltsfestlichkeiten in Epileptikeranstalten beobachtet. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um eine Verschlimmerung der Erkrankung, sondern nur um eine vorübergehende stärkere Neigung zu epileptischen Krampfreaktionen. D. B. in derartigen Fällen anzunehmen, ist daher nicht gerechtfertigt. Die verbreitete Annahme eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen Kriegsschädigung und Epilepsie ist übrigens weniger auf solche Fälle als auf die außerordentlich häufige Verkennung von affektepileptischen und besonders hysterischen Anfällen zurückzuführen. — Praktisch am wichtigsten ist die Frage der D. B. bei Dementia praecox. Fachärzte pflegen wohl durchweg die Erkrankung als eine endogene, durch äußere Schädigungen wie körperliche Anstrengungen und seelische Erregungen nicht beeinflußbare anzusehen. Faßt man die Dementia praecox in ihrem Kern als eine organische Gehirnerkrankung auf, die letzten Endes auf innersekretorische Störungen zurückzuführen ist, so könnte darauf hingewiesen werden, daß der Ausbruch von derartigen Erscheinungen im Felde



nicht ganz selten ist — Kriegsbasedow —, und daß mithin auch die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen sei, daß auch die für die Dementia praecox kennzeichnenden innersekretorischen Störungen durch die Besonderheiten des Feldzuges erzeugt werden können. Auch könnte daran erinnert werden, daß unter den lebenslänglich Verurteilten eine ungewöhnlich große Zahl an fortschreitenden Geistesstörungen erkrankt, die sich von den jugendlichen Verblödungsprozessen symptomatologisch nicht unterscheiden, und auch diese Tatsache als Stütze für die Annahme herangezogen werden, daß die seelischen Schädigungen und vielleicht auch die Ernährungsstörungen im Feldzuge ähnliche Wirkungen ausüben können. Allein das sind fernliegende Möglichkeiten, die auf unsere wissenschaftlichen Entscheidungen keinen Einfluß ausüben können. Auch das Trauma kann als auslösendes Moment für die Dementia praecox nicht angesehen werden. Derartige Schädlichkeiten sind im Felde ungemein häufig, und die Dementia praecox ist die verbreitetste geistige Störung, so daß mit einem zufälligen Zusammenfallen beider von vornherein gerechnet werden muß. Die Veröffentlichungen über den kausalen Zusammenhang von Trauma und Dementia praecox sind um so weniger überzeugend, als es traumatische Geisteskrankheiten gibt, die katatonische Zeichen aufweisen und zu Verwechslungen mit der Dementia praecox häufig Anlaß geben. — Auch bei Psychopathien wird viel zu häufig D. B. angenommen. Es gibt zahlreiche Fälle, in denen Nervenschwächlinge in den ersten Tagen nach ihrer Einstellung unter den mäßigen Anforderungen des Garnisondienstes von hysterischen Krämpfen befallen werden und mit namhaften Renten zur Entlassung vorgeschlagen werden. Derartige Zustände sind jedoch — wie *Stier* bereits betonte — ihrer Natur nach vorübergehende, und die Annahme von D. B. ist daher nicht berechtigt. Die Einigkeit der Fachärzte in diesen Fragen ist sehr erfreulich, und es darf daher gehofft werden, daß die Medizinalabteilung den Sanitätsämtern sachgemäße Anleitung in diesen Fragen geben wird, um die wissenschaftlich nicht zu begründende und daher durchaus unberechtigte Gewährung von Renten in diesen Fällen zu verhindern.

Gallus-Potsdam: Aus den Potsdamer Provinzialanstalten ist eine größere Zahl, fast 70, von Psychopathen zum Heere eingezogen worden, zumeist Fürsorgezöglinge teils mit intellektuellen, teils mit affektiven Mängeln. Gegenüber den Feststellungen des Herrn *Wilmanns*, die die mangelnde Brauchbarkeit der Psychopathen für den Heeresdienst betonen, wird bemerkt, daß von diesen 70 die meisten zum Teil seit 2 Jahren nach den bisher erlangten Auskünften sich im Heere gehalten haben, wenn sie auch wohl manchen Anlaß zum Anstoß gegeben haben mögen. Es sind einige gefallen, andere wegen Verletzungen ausgemustert, im übrigen ist keiner bisher wegen Unzulänglichkeit ausgeschieden worden. Immerhin gibt das kleine Material, das nur eine Ergänzung des *Wilmanns*schen, aber nicht vom gleichen Gewicht ist, Anlaß zu der Annahme, daß die mili-



tärische Brauchbarkeit der Psychopathen vielleicht doch im Durchschnitt größer ist, als Referent angegeben.

Bonhöffer-Berlin hofft, daß Herr *Meyer* die Frage der Dienstbeschädigung der Psychopathen noch in seinem Schlußwort bespricht, da gerade hier in der Praxis vielfach noch zu häufig Dienstbeschädigungen angenommen werden, während es sich lediglich um eine Reaktion auf ungewohnte Verhältnisse handelt. Tatsächlich ist der Prozentsatz der als dienstbeschädigt anzunehmenden Psychopathen gering. Die Durcharbeitung meines Materials hat mir nur eben 5—8 % ergeben. Gerade bei der Psychopathie ist es wichtig, die Dienstbeschädigung nur in sicheren Fällen zu bejahen, da mit der Anerkennung der Dienstbeschädigung dem Psychopathen der Prozeßweg offen steht, dessen Schädlichkeit für viele dieser Invaliden klar liegt. Dem Gedankengang, der bei Herrn *Weygandt* mehr oder weniger ausgesprochen unterläuft, daß man einem Paralytiker, der doch nur kurz lebt, die Dienstbeschädigung ohne allzu große Bedenken gewähren kann, muß ich widersprechen. Es liegt darin doch ein Überschreiten der ärztlichen Kompetenz. Es ist gerade davor zu warnen, daß diese sozialen Gesichtspunkte in die ärztliche Begutachtung hineinkommen.

Isserlin-München: Ich möchte an die Bemerkung des Herrn *Wollenberg* anschließen und gegenüber Herrn *Wilmanns* festhalten, daß doch viel eindringlicher als der Truppenarzt der Psychiater imstande ist, die Leistungsfähigkeit — militärische und bürgerliche — des von ihm behandelten psychisch und nervös Erkrankten zu begutachten. Es muß durchaus betont werden, daß es nicht genügt, die Entlassenen dem Truppenarzt mit einer psychiatrischen Diagnose zu übergeben, der fachmännische Begutachter muß vielmehr zu allen Möglichkeiten der Verwendung bzw. Nichtverwendung Stellung nehmen. Hierüber zu urteilen ermöglicht uns neben genauer anamnestischer Nachforschung, klinischer Beobachtung, psychologischem Versuch (insbesondere Arbeitsversuch), die Arbeitsbehandlung, wie auch Herr *Wollenberg* betont hat. In der von mir geleiteten Abteilung werden fast alle Kranken zunächst mit Bettruhe behandelt, mit Medikamenten, larvierter und offener (auch hypnotischer) Suggestion, und kommen, sobald es zweckmäßig erscheint, in die Werkstätten. Es sind Werkstätten für Schreiner- und Kunstschlosserarbeit eingerichtet. Die Arbeit gilt nicht als Dienst, sie wird den Kranken als Heilmittel dargelegt; die Kranken werden nur mit ärztlich pädagogischen Mitteln zur Arbeit ermuntert. Es wird im großen ganzen sehr gern gearbeitet, zum Teil Vorzügliches geleistet; gerade die Art, wie die Kranken sich bei der Arbeit verhalten, liefert uns einen sehr wertvollen Einblick in das Können und Wollen und gibt unserem Urteil über ihre militärische und bürgerliche Leistung sichere Grundlagen. Sobald es ratsam erscheint, werden die Kranken dann zur Arbeit in heimatlichen oder fremden Betrieben — landwirtschaftlichen und industriellen — beurlaubt, nach



einiger Zeit wieder im Lazarett beobachtet, wieder beurlaubt usw.; bei Behörden, Betriebsvorständen werden Erkundigungen eingezogen. So kann man bei der Entlassung des Mannes ein ziemlich sicheres Urteil fällen. So gewinnt man auch befriedigende Behandlungserfolge, wenigstens was die bürgerliche Leistungsfähigkeit der Leute anbelangt. Die Prognose mit Bezug auf Felddienstfähigkeit allerdings ist ungünstig, und die Zahlen, welche Herr *Wilmanns* brachte, dürften wohl recht behalten. Zweifellos gibt es genug Psychopathen, die eine Zeitlang mit Erfolg Felddienst machen, und wenn man sie bei den ersteren stärkeren Störungen nicht zu weit ab von der Front behandelt, dürfte es auch in vielen Fällen gelingen, sie wieder für einige Zeit nach vorn zu bringen. Sind sie aber erst einmal gründlich oder mehrfach zusammengebrochen, dann darf man nicht mehr sehr viel erhoffen. Wir haben eine Zahl alter Bekannter der Klinik aus dem Felde wiederkommen sehen. Sie waren zum Teil freiwillig hinausgezogen, waren nicht selten mit Auszeichnungen zurückgekehrt. Nunmehr erschien allerdings der Versuch einer Wiederverwendung im Felde bei den meisten nicht mehr ratsam. Betonen möchte ich auch gegenüber einer Diskussionsbemerkung, daß gerade eine Anzahl chronisch Verstimmter und Zwangskranker aus meiner Beobachtung eine Zeitlang im Felde Gutes leisteten. Sie empfanden zum Teil den Krieg als eine Erlösung von dem dauernden Druck, freilich immer nur für einige Zeit. Besonders lehrreich war mir hier ein Kranker mit schweren Phobien. Er war mir lange vor dem Kriege bekannt, durch seine Krankheit in seinem bürgerlichen Berufe schwer gehemmt. Bei Ausbruch des Krieges eingezogen, hielt er sich etwa ½ Jahr lang sehr gut, schrieb frohe Briefe, er habe „keine Zeit" zum Angsthaben, die wechselvollen Geschehnisse und Gefahren lenkten ihn von seinen Befürchtungen ganz ab. Er wurde wieder unsicher, als in seiner Nähe ein Kamerad geisteskrank wurde, und brach völlig zusammen, als er wegen einer körperlichen Erkrankung (Dysenterie) ins Lazarett kam. Also es geht auch bei Psychopathen — besonders bei solchen mit „intaktem Gesundheitsgewissen" — eine Weile, und man soll gewiß versuchen, zu erreichen, was nach Lage des Falles möglich erscheint. Aber man sollte nicht durch unnütze Versuche die mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit bestehenden Aussichten verschlechtern. Zur richtigen Behandlung gehört es auch, im gegebenen Moment den Versuch auf Wiedererlangung der Felddienstfähigkeit aufzugeben und sich mit Garnisondienstfähigkeit oder Entlassung in den bürgerlichen Beruf (N. B. Stellenvermittlung) zu begnügen. Äußerste Strenge muß hingegen dauernd bei der Anerkennung der Dienstbeschädigung und der Rentenerteilung walten. Nur bei 4% der als d. u. entlassenen Kriegsneurotiker habe ich — nach einer kürzlich gemachten Zusammenstellung — über 20% Rente zuerkannt.

Jakob-Hamburg berichtet über die Erfahrungen im Nervengenesungsheim Malonne (Belgien) in zwei Punkten: die Behandlung der dort



relativ frisch eingelieferten funktionell-nervösen Bewegungs- und Sprachstörungen geschieht zunächst mit Ruhe und Isolierung, jedoch bald kombiniert mit aktiver Behandlung (Hypnose und Strom). Refraktär verhalten sich vor allem Schwachsinnige. — Was die Dienstbrauchbarkeit der Neurastheniker und Psychopathen angeht, so kann *Jakob* von einigen Fällen berichten, die vor dem Kriege jahrelang in Behandlung standen und im Kriege wieder das Selbstvertrauen gewannen. Man kann hier von Kriegsheilung sprechen. — Ein verhältnismäßig hoher Prozentsatz der hier zur Behandlung kommenden nervösen Schwächezustände wird geheilt wieder als k. v. zur Front geschickt. — Das in der Heimat zur Behandlung kommende Material muß sich wesentlich von dem unsrigen unterscheiden.

Martineck-Berlin: Die Frage der Dienstbeschädigung bei Geisteskrankheiten und Psychoneurosen ist bereits eingehend in einer Sitzung des Wissenschaftlichen Senats an der Kaiser Wilhelms-Akademie erörtert worden, desgleichen die Bedeutung der Arbeitstherapie bei Nervösen. Das Ergebnis der Beratungen wird in einer besonderen Anleitung zusammengestellt und den Ärzten zugänglich gemacht werden. Dabei werden natürlich die Ergebnisse dieser Versammlung entsprechend mitberücksichtigt werden.

Kaufmann-Mannheim-Ludwigshafen bestätigt Herrn *Binswanger*, daß die Behandlung hysterischer Lähmungen mit schmerzhaften elektrischen Strömen so alt ist wie die Elektrotherapie selbst. Das, was er für sein Vorgehen bei der Behandlung der veralteten motorischen Kriegsneurosen für charakteristisch hält, ist die Kombination der elektrischen Behandlung mit der Erteilung der Suggestionen in Befehlsform, die Übungstherapie unter militärischer Willensüberwältigung, die zum Verschwinden der Symptome in einer Sitzung führt, und zwar nicht nur bei Lähmungs-, sondern auch bei Reizerscheinungen. Er betont, daß das Elektrisieren jeweils nur ganz kurz ausgeübt wird, und daß das Üben und Exerzieren, das, was *Kehrer* sehr richtig als Gewaltexerzieren bezeichnet, im Vordergrunde steht. Er hält dieses Vorgehen jedenfalls für weniger eingreifend als die „psychische Abstinenzkur" und für berechtigter als die Isolierung in einer Irrenabteilung. In einem *K.* zur Kenntnis gekommenen Exitus bei Behandlung mit starken Wechselströmen hatte der betreffende Arzt in fehlerhafter Weise starken Wechselstrom in der Herzgegend angewandt, die Autopsie hat Status thymicus ergeben. (Vgl. im übrigen die Diskussionsbemerkung *K.*s in der Sitzung vom 22. September, S. 205.)

Gaupp-Tübingen stimmt Herrn *Wilmanns* in allem Wesentlichen zu, nur nicht in der Auffassung, daß der Truppenarzt die Frage der Dienstfähigkeit manchmal besser beurteilen könne, weil er den Mann bei der Arbeit sehe, als der Fachmann im spezialistischen Lazarett. Im ganzen ist doch das Gegenteil so überwiegend der Fall, daß mir die Einrichtungen im württembergischen Armeekorps besser erscheinen, nach denen der



Truppenarzt beim Ersatztruppenteil einen Nervenkranken, der vom fachärztlichen Beirat begutachtet wurde, nicht kurzerhand anderweitig verwenden lassen kann, ehe nicht dem fachärztlichen Beirat noch einmal Gelegenheit zur Gegenäußerung gegeben wurde.

Hahn-Frankfurt a. M. glaubt, daß chronische Alkoholisten noch am ehesten in der Front zu verwenden sind, weil im Etappen- und Heimatgebiet die Versuchung zu groß ist.

Klüber-Erlangen berichtet kurz über die im allgemeinen guten Erfahrungen, die mit Psychopathen der Erlanger Anstalt im Heeresdienst gemacht wurden. Er teilt kurz einen Fall mit, der als klassisches Beispiel für die Richtigkeit der Erfahrung gelten kann, daß Psychopathen nicht als garnisondienst-, sondern als felddienstfähig zu verwenden sind, und auch da wieder mehr für den Bewegungskrieg als für den Stellungskrieg.

Köster-Flensburg: Zu der vielerörterten Elektrotherapie möchte ich ein vor ca. 14 Tagen erlebtes Beispiel anführen als Beweis dafür, daß das Faradisieren mit hohen Strömen nicht immer unbedenklich ist. Bei einem kräftig gebauten Manne, der früher stets gesund gewesen sein soll, zurzeit eine hysterische Lähmung hatte, trat sofort beim Elektrisieren, das ein Flensburger Kollege vornahm, Angstgefühl ein; der Kranke sagte kurz: „Ich fühle, daß ich sterbe" und starb. Sektionsbefund: Vergrößerte Thymus. Status thymicolymphaticus. Sonst normaler Befund.

Stransky-Wien stellt mit Genugtuung fest, daß seinen schon früher erstatteten und jetzt wiederholten Anregungen und Vorschlägen bezüglich der Kriminellen — und er kann in Beantwortung einer Anfrage hinzufügen, auch der Alkoholiker — von Praktikern zugestimmt wird; vielfach haben diese Elemente selber das richtige Gefühl dafür, daß sie nicht garnison-, wohl aber frontdiensttauglich sind, und verlangen geradezu dorthin, wo sie sich nicht selten auszeichnen. Bei den Neurotikern sehen die Wiener (*v. Wagner* und *Redlich*) von Elektrotherapie und Kombination mit Isolierung und Diätbeschränkung oft überraschende und anhaltende Erfolge; selbst in verschleppten Fällen.

Liebermeister-Düren hat ebenfalls einen Fall von Thymustod bei Faradisation gesehen; er rät, mit den ganz starken Strömen etwas vorsichtig zu sein und durch gründliche Massensuggestion die Patienten so vorzubereiten, daß sie vor dem Elektrisieren solchen Respekt haben, daß die angewandten Ströme dann nicht so stark genommen zu werden brauchen. Zweckmäßig ist gleichzeitige Behandlung gleichartiger Fälle.

Nach *Wietfeld*-Kuxhaven stellen die Psychopathen nach Alkoholgenuß eine besondere Gefahr für die Truppe dar. Die schweren Trinker sind weniger gefährlich, da diese auch von den nicht ärztlichen Vorgesetzten richtig beurteilt werden. Die Psychopathen werden durch Alkoholabstinenz in den meisten Fällen dienstbrauchbar, zum mindesten a. v. Man überweist zum Zwecke der Erziehung zur Abstinenz die Psycho-



pathen dem Blaukreuzverein oder der Guttemplerloge. In der Marine sieht man damit gute Erfahrungen.

Wilmanns (Schlußwort): Nach einigen Bemerkungen könnte es scheinen, als ob die Anforderungen der Fachärzte und Truppenärzte des XIV. Armeekorps an die militärische Verwendbarkeit der Psychopathen zu hoch gewesen wären, mit andern Worten, als ob das Ergebnis der Feststellungen ungünstiger gewesen wäre, als es bei sachlicher Entscheidung hätte sein dürfen. Es soll zugegeben werden, daß, zumal in dem ersten Kriegsjahre, Mannschaften als d. u. entlassen worden sind, die den bescheidenen Ansprüchen in der Garnison und der Etappe wohl noch hätten genügen können. Im allgemeinen sind jedoch die Entscheidungen sachlich und dem Interesse des Heeres gemäß gefällt worden. Daß das Ergebnis der Erkundigungen so ungünstig ist, und kein klares Bild über die militärische Verwendbarkeit des Psychopathen im allgemeinen gibt, liegt an der besonderen Auswahl des eingewiesenen Materials, wie wiederholt betont wurde. Daß gewisse Psychopathen, z. B. die konstitutionell Erregten, sanguinisch Minderwertigen und dergleichen in den engen Verhältnissen der Garnison versagen und im Frontdienst unter Umständen Ungewöhnliches leisten können, habe ich erwähnt. Zahlreiche Beispiele aus den Kreisen der Fremdenlegionäre, der Zwangszöglinge und der Kriminellen beweisen, daß die Anschauung *Stranskys* und *Weygandts* richtig ist, daß ein Mann k. v., aber nicht g. v. sein kann. *Seige* hat aber mit Recht darauf hingewiesen, daß diese Typen wohl „bewegungskriegsverwendungsfähig“, nicht aber „stellungskriegsverwendungsfähig“ sind, und damit gezeigt, welche Verantwortung der Truppenarzt auf sich nimmt, wenn er derartige Psychopathen als k. v. bezeichnet und damit der Truppe gegebenenfalls große Lasten und Scherereien aufbürdet. — *Stier* hat natürlich recht, wenn er hervorhebt, daß wir psychogene Reaktionen auch in Friedenszeiten bei Soldaten gekannt haben. Neu war für uns jedoch ihre ungewöhnliche Häufung, besonders der abenteuerlichen Formen, vor allem aber die Tatsache ihres Auftretens bei Personen, die bis dahin krankhafte Abweichungen vom Durchschnitt nicht gezeigt hatten und erst auf die ganz außerordentlichen seelischen Erschütterungen hysterisch zusammenbrachen. — Herrn *Wollenberg* gegenüber bemerke ich, daß — wie ich auch in meinem Bericht kurz gestreift habe — der Arbeitstherapie in den Nervenlazaretten des XIV. Armeekorps von Anfang an die größte Beachtung geschenkt worden ist, daß aber der Erfolg dieser Behandlung bei den hysterischen Neurosen sehr unbefriedigend war und eine Besserung der Heilungsergebnisse erst mit der Einführung der Behandlung mit starken elektrischen Strömen erzielt wurde. Die Todesfälle, über die berichtet worden ist, sind sehr bedauerlich, geben uns aber nicht das Recht, über dieses Verfahren zur Tagesordnung überzugehen. Mißerfolge dieser Art hafteten vielen ärztlichen Verfahren an, die mittlerweile Gemeingut der Ärzte geworden sind; und ich bin der sicheren Überzeugung, daß bei richti-



ger Anwendung der Methode Unglücksfälle sich in Zukunft vermeiden lassen werden. — *Isserlin* und *Gaupp* gegenüber betone ich, daß selbstverständlich der Facharzt ein sachlicheres Urteil über den Seelenzustand eines Mannes abgeben wird als der in der Seelenheilkunde unerfahrene Truppenarzt, daß aber andrerseits der Facharzt in den seltensten Fällen Gelegenheit haben wird, sich einen tieferen Einblick in die zahllosen Verwendungsmöglichkeiten zu verschaffen, die die militärische Organisation für seelisch Regelwidrige bietet. Der Truppenarzt wird dem fachärztlichen Gutachten die ihm gebührende Achtung entgegenbringen, trotzdem aber das Urteil unter Umständen umstoßen dürfen. Die Erfahrung lehrt, daß in zahlreichen Fällen Mannschaften in bestimmten für sie geeigneten Posten Nutzenbringendes zu leisten vermochten, die der Facharzt aus Unkenntnis dieser Möglichkeiten als dienstunbrauchbar zur Entlassung vorgeschlagen hatte.

Das Ergebnis der Besprechung zeigt, daß in allen wesentlichen Punkten erfreuliche Einigkeit herrscht. Es ist als unbedingt notwendig erkannt worden: die Schaffung von Nervenlazaretten hinter der Front zur Aufnahme der Erschöpften und Schreckneurotiker, die Vermeidung der Verlegung dieser Kranken in das Heimatgebiet, die Sammlung und sachgemäße Behandlung der aus irgendwelchen Gründen trotzdem ins Heimatgebiet Verlegten in besonderen fachärztlich geleiteten und am zweckmäßigsten in ländlicher Umgebung gelegenen Nervenlazaretten. Auch darin besteht Einigkeit, daß die in das Heimatgebiet verlegten Kriegsneurotiker nur in verschwindenden Ausnahmen wieder k. v. werden, und daß es sich im allgemeinen empfiehlt, sie, ohne sie erst zur Truppe zurückzuschicken, als a. v. in die Kriegsindustrie oder den eigenen Arbeitsbetrieb zu entlassen, ferner, daß auf jede Weise versucht werden muß, den Kranken nicht vor Erreichung des höchstmöglichen Grades von Erwerbsfähigkeit aus dem Lazarett zu entlassen, und endlich, daß Renten für Neurotiker möglichst gering zu bemessen und, wenn irgend zu verantworten, überhaupt nicht zu gewähren sind.

E. Meyer (Schlußwort): Die Aussprache hat so viel gezeigt, daß offenbar die Versammlung mit den Ausführungen über die Kriegsdienstbeschädigungen bei Geisteskrankheiten im wesentlichen einverstanden ist. Es steht zu hoffen, daß auch die Beurteilung in der Praxis sich danach richten wird, wenn, wie mitgeteilt, das Kriegsministerium entsprechende Anleitung gibt.

Was die psychopathischen Konstitutionen angeht, so hat *M.* anfangs die Neigung gehabt, Rente in weiterem Umfange zu gewähren; mit Rücksicht auf den Nachweis, daß die Kranken mindestens zum großen Teil früher schon nachweislich nervöse Störungen hatten, und es sich zumeist um vorübergehende pathologische Reaktionen handelt, und im Hinblick auf die große allgemeine praktische Bedeutung ist *M.* jetzt ebenfalls der Meinung, daß solche Kranken ohne oder jedenfalls mit sehr geringer Rente zu entlassen seien.

Antrag von *Hoche*-Freiburg über die Kapitalabfindung von Kriegsneurosen:

Hoche begründet kurz im Sinne seiner Veröffentlichung „Über Wesen und Tragweite der Dienstbeschädigung bei nervös und psychisch erkrankten Feldzugsteilnehmern" (Monatschrift f. Psych. u. Neur. Heft 6, 1916) die Notwendigkeit, von neurologischer und psychiatrischer Seite geschlossen für die Einführung der Kapitalabfindung für die genannten Kategorien Verletzter einzutreten. Er schlägt folgende Resolution vor:

„Es ist mit Sicherheit zu erwarten, daß unter den gesundheitlichen Nachwirkungen des Krieges, welche den Feldzugsteilnehmern den Anspruch auf eine Entschädigung gewähren, Störungen nervöser Art eine zahlenmäßig sehr bedeutende und in ihrem Einfluß auf die Volksgesundheit und die nationale Arbeitskraft verderbliche Rolle spielen werden.

Die tatsächlichen nervösen Kriegsbeschädigungen werden, wie wir das aus tausendfacher Berührung mit nervösen Unfallsfolgen im Frieden ableiten können, in ihrer Tragweite vervielfacht werden durch die Verquickung mit den seelischen Einwirkungen des Entschädigungsverfahrens.

Insbesondere werden wir mit einer großen Anzahl von Neurosefällen zu rechnen haben, bei denen durch die Form der Entschädigung in einer fortlaufenden Rente (die nach den Militär-Pensionsgesetzen ausschließlich in Frage kommt), eine Wiederkehr der Arbeitsfähigkeit verzögert oder gänzlich verhindert wird („traumatische Neurosen", „Rentenneurosen" usw.).

Für Erkrankungen dieser Art ist im Interesse der einzelnen Geschädigten wie der gesamten Volksarbeitskraft die endgültige Erledigung der Entschädigungsansprüche in Form der Kapitalabfindung als das wirksamste Heilmittel zu erstreben.

Es ist ein dringendes Erfordernis, daß durch gesetzliche Regelung die Möglichkeit der Kapitalabfindung für diejenigen Fälle nervöser und psychischer Kriegsschädigung geschaffen wird, deren Heilungsaussichten auf diesem Wege besser sind als auf dem des fortlaufenden Rentenbezuges."

Diese Resolution wurde von der Versammlung einstimmig angenommen.

Um 5 Uhr schließt der Vorsitzende *Moeli* die Versammlung, wobei er den Berichterstattern, dem Ortsausschusse und den Schriftführern dankt. Er sagt weiterhin Dank der Klinik sowie deren Verwaltung, die trotz der Kriegszeit die Verpflegung während der Frühstückspause und die damit verbundene Mühewaltung übernommen hat.

Sitzung am 22. September — gemeinsam mit der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte — im Hörsaal der I. med. Klinik.

a) Vormittagsitzung.

Vorsitzender: *Oppenheim*-Berlin, später *Saenger*-Hamburg. Schriftführer *K. Mendel*-Berlin. Lokaler Schriftführer: *Spielmeyer*-München.

Herr *Oppenheim* begrüßt die Versammlung, er gedenkt der in den letzten 3 Jahren verstorbenen Ehrenmitglieder, korrespondierenden Mitglieder und Mitglieder: *Ehrlich*, *Horsley*, *Gowers*, *Mitchell*, *Bernhardt*, *v. Frankl-Hochwart*, *Friedmann*, *Heilbronner*, *Hey*, *Hoeniger*, *Kaes*, *L. Laquer*, *Matthes*, *Oberndorffer*, *Rothmann*, *Thomsen*.

Bericht: Neurosen nach Kriegsverletzungen.

I. *Oppenheim*-Berlin:

1. Hysterie und Neurasthenie sind verschiedene Krankheiten. Die Begriffe Neurasthenia cordis, vasomotoria, sexualis etc. sind aufrechtzuerhalten. Auch der Tic, die Hemikranie, die *Quincke*sche Krankheit, die Akroparästhesien, die Crampi usw. sind selbständige Affektionen. Es gibt also eine Gruppe von Neurosen.

2. Da sich die Mehrzahl derselben im Gefolge eines Traumas entwickeln kann, ist es berechtigt, von traumatischen Neurosen zu sprechen, auch dann, wenn das Trauma nur die auslösende Ursache bildet.

3. Ihre genauere Klassifizierung scheitert oft an der Neigung zu Kombinationen. Schon aus diesem Grunde kommt man oft über die Diagnose „traumatische Neurose" nicht hinaus.

4. Der Begriff des Traumas schließt die psychische und mechanische Erschütterung ein. Beide können dieselben Funktionsstörungen im zentralen Nervensystem hervorrufen.

5. Die psychotraumatische Ätiologie schafft nicht nur psychische Krankheitsbilder.

6. Die „Schreckneurose" bedarf der schärferen Begriffsbestimmung. Ihre Anerkennung und mehr noch die der Kommotionsneurose involviert auch die der traumatischen Neurose.

7. Das peripherisch angreifende Trauma kann ohne psychische Vermittlung Neurosen hervorbringen; oft tragen aber psychische Vorgänge zu ihrer Fixierung bei.

8. Auch „das freie Intervall" ist kein Beweis gegen die Wirksamkeit des körperlichen Traumas.

9. Die Hyperthermie kann zu den Symptomen der traumatischen Neurose gehören.

10. Es gibt vasomotorisch-trophisch-sekretorische Störungen bei t. N., die weder hysterischer Natur sind, noch sich aus der Inaktivität und Druckverbänden erklären. Das Zustandsbild kann sich dem der Sklerodermie nähern.

11. Die Zeichen des Hyperthyreoidismus können zum Symptombild der t. N. gehören.

12. Der Begriff Akinesia amnestica ist ein symptomatischer (etwa wie der der Akinesia algera). Sie kann sich auf dem Boden der Hysterie entwickeln, und ihre Entstehung wird durch die hysterische Dia-



these begünstigt. In der typischen, von mir geschilderten Ausbildung ist der Zustand kein hysterischer in dem bisher gebräuchlichen Sinne.

13. Die völlige Ausschaltung der Bewegungen, auch unter Bedingungen, die von der Psyche unabhängig sind, verleiht der Akinesia amnestica und Reflexlähmung ihre Sonderstellung gegenüber der Hysterie. Die Grenze zwischen der Akinesia amnestica und Reflexlähmung ist nicht immer eine deutliche, es gibt aber eine Form der letzteren, die der arthrogenen Muskelatrophie nahesteht.

14. Die Rückbildung der Lähmungszustände vom Typus der Akinesia amnestica unter dem Einfluß starker Willensimpulse und peripherer Reize (Methode *Kaufmann* usw.) steht nicht im Widerspruch zu der ihnen von mir gegebenen Deutung.

15. Die Innervationsentgleisung kommt sowohl bei organischen wie bei funktionellen Lähmungen vor.

16. Die Crampusneurose (Myotonoclonia trepidans) hat innige Beziehungen zur Hysterie, ohne mit ihr identisch zu sein; sie steht etwa auf gleicher Stufe mit den Halsmuskelkrämpfen.

17. Die Verbreitung der Hysterie unter den Kriegsverletzten ist von mir unterschätzt worden.

18. Tr. Neurosen kommen auch in Lazaretten der Gefangenenlager, wenn auch anscheinend viel seltener wie in andern gemischten Lazaretten, vor. Die bisher für die Seltenheit versuchten Erklärungen halten zum Teil der Kritik nicht stand.

19. Die tr. N. vom Typus der Hysterie und Neurasthenie gehören zu den in der Regel heilbaren Nervenkrankheiten. Wie bei allen Neurosen wird ihre Heilung durch die Hoffnung auf und den Willen zur Genesung wesentlich gefördert. Es muß deshalb alles vermieden werden, was den Willen zur Gesundung schwächt und das Haftenbleiben der Krankheit begünstigt. Die Rente ist also im allgemeinen niedrig zu bemessen und die Kapitalsabfindung zu befürworten.

II. *Nonne*-Hamburg:

1. Der Krieg hat bewiesen, daß auch in bezug auf das Nervensystem bisher vollwertige Individuen einen neurasthenischen Symptomkomplex erwerben können. Die Ansicht über die Neurasthenie als eine Ermüdungskrankheit im weiteren Sinne ist durch die Kriegserfahrungen bestätigt worden.

2. Wenn man die Hysterie dahin kennzeichnet, daß bei ihr Gemütsbewegungen abnorm leicht auftreten und wieder schwinden und daß die seelischen Zustände abnorm leicht in körperliche Symptome sich projizieren, die Gemütsbewegung oft lange überdauernd, so hat der Krieg gelehrt, daß Hysterie auch bei bisher Vollwertigen nicht selten ist. Außerdem hat sich gezeigt, daß katastrophale Ereignisse jene Form der Hysterie in die Erscheinung treten lassen, die in Form von Abwehrbewegungen



Reminiszenzen an jedem Individuum angeborene und im normalen Leben latente Schutzmechanismen darstellt. Im übrigen sind häufig die verschiedenen Formen der monosymptomatischen und oligosymptomatischen Hysterie im Sinne Charcots. Die Grenzen zwischen gewissen Formen von Hysterie und Schreckneurose sind keine scharfen. Bei vielen Fällen von Hysterie im Kriege spielt die Art und Wertigkeit des Traumas eine größere Rolle als die Persönlichkeit des Kranken.

3. Die lokalisierten Kontrakturen und Klonismen, die Akinesia amnestica, die Reflexlähmung, Myotonoclonia trepidans (pseudospastische Parese mit Tremor) sind bei den Kriegsfällen als Ausdruck der Hysterie aufzufassen. Die Psychogenie ist in vielen Fällen nachzuweisen, in andern Fällen nicht auszuschließen. In ihrer klinischen Erscheinungsweise bieten die Kriegsfälle nichts unseren bisherigen Erfahrungen über Hysterie prinzipiell Widersprechendes. Alle Formen können auch ohne somatisches Trauma auftreten.

4. Die — schon im Sanitätsbericht des Heeres 1870/71 erwähnte — Auffassung von einer mechanischen Erschütterung der peripheren Nerven und von da ausgehendem Reiz auf die zerebralen oder spinalen Zentren lassen sich nicht beweisen und nicht bindend widerlegen. Plötzliche, auf rein suggestivem Wege erzielte Heilungen sprechen mehr im letzteren Sinne.

Partielle funktionelle Lähmungen im Bereich organisch gelähmter Nerven sind aufzufassen zum Teil als funktionelles Fixiertbleiben einer abgeheilten leichten organischen Lähmung, zum Teil ideagen zu erklären.

5. Die alkohologene Form der Hysterie spielt im Kriege nach den bisherigen Erfahrungen keine Rolle.

Die „Granatexplosions"-Neurosen sind, soweit somatisch-organische Symptome auf neurologischem und psychischem Gebiete fehlen, funktioneller Natur. Länger dauernde Bewußtlosigkeit schließt die Annahme einer funktionellen Grundlage keineswegs aus. Auch die Psychogenie ist durch Eintritt von Bewußtlosigkeit nicht ausgeschlossen. Auch solche Fälle können, auch nach einem Bestehen von vielen Monaten, akut durch Suggestion (insbesondere hypnotische Suggestion) geheilt werden, ebenso wie in Hypnose ganz dieselben Formen wieder akut hervorgerufen werden können. Die Umstände vor der Katastrophe spielen in vielen Fällen eine Rolle.

Die Annahme organischer Veränderungen irgendwelcher Art im Zentralnervensystem ist für solche Fälle nicht berechtigt. Somatische Traumen sind für die Entstehung auch der schweren klinischen Bilder nicht nötig; akute und chronische psychische Traumen können sie ebenfalls hervorrufen. Auffallend häufig entwickeln sich dieselben Bilder im Kriege nach Infektionskrankheiten.

6. „Traumatische Neurose" ist keine besondere Krankheit. Die unter diesem Namen beschriebenen Symptombilder sind unterzubringen unter die bisher bekannten Neurosebilder bzw. ihre Kombinationen. Diese



Erkrankungsform ist weniger bedingt durch die aus dem Unfall bzw. aus der Verletzung resultierenden direkten Folgen als durch die in der Persönlichkeit des Verletzten liegenden Eigenschaften und die sich dem „Verfahren“ anschließenden Begleitumstände. Die Störungen sind als eine Reaktion des Verletzten auf die durch den entschädigungspflichtigen Unfall für ihn neu geschaffene Situation anzusehen. Ein somatisches Trauma ist für das Auftreten dieser Symptombilder keine Vorbedingung. Organische Veränderungen irgendwelcher Art liegen den Symptombildern nicht zugrunde. Diese Lehre ist auch praktisch bedenklich, weil eine solche Auffassung die Begutachtung und praktische Bewertung der Unfallsfolgen sowie die wirtschaftlichen Interessen des Staates und die gesundheitlichen Interessen der Erkrankten ungünstig beeinflussen würde.

7. Die Prognose der im Kriege erworbenen Neurosen ist an sich dieselbe wie in Friedenszeiten, erhält aber eine besondere Färbung durch die Verhältnisse des Krieges.

8. Die Therapie ist dieselbe, wie sie sonst geübt wird. Auch hier spielt die Psychotherapie im weitesten Sinne die Hauptrolle. In der Beseitigung von Symptomen leistet die hypnotische Suggestion viel. In der Prophylaxe des Auftretens sowie der Rezidive von Neurosen sowie für die eigentliche Behandlung der Neurosen bleibt Werte schaffende Arbeit das hauptsächlichste Moment.

III. *Gaupp*-Tübingen: (In Übereinstimmung mit *Nonne* erweitert *G.* den Begriff „Kriegsverletzungen“ zu „Kriegsschädigungen“.)

Eine besondere Kriegsneurose gibt es ebensowenig wie eine besondere traumatische Neurose. Die in der Literatur zutage tretenden Gegensätze und Mißverständnisse rühren hauptsächlich von unklarer Begriffsbestimmung, von verschiedenem Gebrauch medizinischer Begriffe her. Es ist deshalb eine kurze Definition der neurologischen Grundbegriffe in bezug auf die Neurosen vorauszuschicken.

Organische Erkrankung heißt jede anatomisch nachweisbare krankhafte Veränderung des Nervensystems; im Gehirn und Rückenmark ist die organische Erkrankung in der Regel gleichzeitig auch eine unheilbare Erkrankung, weil das Zentralnervensystem zum Unterschied von den peripheren Nerven keine nennenswerte Regenerationskraft besitzt. Funktionelle Erkrankung heißt die anatomisch nicht oder noch nicht nachweisbare Krankheit, deren materielle, physikalisch-chemische Grundlage unbekannt ist. Der Kreis des Funktionellen verengert sich mit dem Fortschritt der hirnpathologischen Forschung (vgl. die Epilepsie, die Paralysis agitans, die Chorea). Die funktionellen Erkrankungen sind in der Regel die leichteren, nicht unheilbaren, die ihnen zugrunde liegenden Hirnvorgänge sind meist ausgleichsfähig, führen nicht zum anatomischen Zerfall, nicht zum klinischen Defekt. (Die Begriffe „molekular“, „mikroorganisch“, „mikrostrukturell“ sind entbehrliche Hilfs-



explosive, hypochondrisch-depressive Anlage) kann sich verstärken, die Neigung zu seelischer Dissoziation (Dämmerzustände) ist auch ohne akute Schädigung groß. Die psychiatrische Analyse des Einzelfalles weist die psychopathische Grundlage der meisten neurotischen Erkrankungen im Kriege auch da häufig nach, wo die übliche Erhebung der Anamnese versagt.

3. Die akuten psychogenen und hysterischen Zustände. Massigkeit der hysterischen Symptome, Überwiegen der motorischen Expressivsymptome. Kurze Übersicht über die klinische Symptomatik auf körperlichem und seelischem Gebiet. Die Bedeutung der prämorbiden Persönlichkeit auch hier unverkennbar. Der flüchtige schreckneurotische Symptomkomplex als Ausdruck ungewöhnlich starker seelischer Erschütterung und die Fixation der Symptome unter dem Einfluß des Willens zur Krankheit, der ängstlichen Spannung und Erwartung. Gleichartigkeit der schreckneurotischen Bilder nach akutem schweren Schock (Minenexplosion, Granatexplosion, Verschüttung, Granatsplitterverletzung, Kopfstreifschuß) und nach subakuter Einwirkung seelischer Erregungen (Einstellung zur Truppe, Ausbildung, Fahrt zur Front, erster Tag im Schützengraben, Ansage des Sturmangriffs, Vorgehen zum Sturm, Anblick schwer verletzter oder toter Freunde und Kameraden). Die allmähliche Entwicklung vieler neurotischer Zustände in den Stunden, Tagen und Wochen nach dem akuten Schock, auf dem Wege zur Heimat, im Heimatlazarett, unter der Einwirkung ärztlicher Fehldiagnosen, falscher Behandlung, Angst vor erneuter Dienstleistung, Erinnerung an die Felderlebnisse. Die mechanische Erschütterung wird bei den Neurosen nach Granatexplosion oft überschätzt. Die Explosion kommt meist nicht so überraschend, daß zu einer seelischen Wirkung auf den Betroffenen keine Zeit wäre. Das nahende Geschoß wird meist vorher gehört. Schutzmaßregeln können sogar noch manchmal getroffen werden. Angstvolle Spannung geht der Explosion und daran sich anschließenden Bewußtlosigkeit in der Regel voraus. Die Bewußtlosigkeit ist häufiger eine psychogene Ohnmacht als eine mechanogene Commotio cerebri. Natürlich kommt aber auch diese vor. Anfangs oft organische Veränderungen (Commotio. Contusio und Compressio, Monoplegien, Hemiparesen, Trommelfellrupturen, Labyrintherschütterung, Commotio medullae spinalis); manche dieser Störungen sind unheilbar, andere heilen rasch, wenn keine psychogenen Störungen hinzutreten.

Die Mehrzahl der klinischen Bilder sind rein psychogen: sehr häufig ist ein flüchtiger schreckneurotischer Komplex, der in der Ruhe rasch abklingt (Zittern, Schwäche der Beine, Spracherschwerung, Lachen und Weinen, dumpfe Apathie). Häufig fixieren sich die akuten schreckneurotischen Bilder; oft kombinieren sie sich mit ideogenen hysterischen Symptomen. Die Abtrennung der Schreckneurose von der Hysterie ist eine Frage der Definition: Die „Akinesia amnestica“, die „Reflexlähmung“.



die „Myotonoclonia trepidans“ sind psychogene Zustandsbilder. Bei der Hysterie finden sich alle Grade der Lähmung von der leichten, eben noch dynamometrisch nachweisbaren Parese bis zur absoluten schlaffen Lähmung mit vasoparalytischen und trophischen Begleitsymptomen. Die tiefe Wirkung des Psychischen auf die Körperlichkeit teilt die Hysterie mit der Hypnose. Die Heilung ist auf dem Wege akuter seelischer Beeinflussung möglich. Die Kriegsneurotiker sind meist unverwundet; die gegenteilige Behauptung *Oppenheims* wird durch die Erfahrungen an sehr großem Material absolut sicher widerlegt. Die Kriegsneurosen sind bei den Kriegsgefangenen, auch wenn sie schwer verschüttet waren, selten. Es besteht bei ihnen, namentlich da, wo Austausch nicht in Frage kommt, ein positiver Wille zum Gesundbleiben, weil dieses Gesundbleiben für sie die wichtigste Voraussetzung für die Erfüllung ihres liebsten Wunsches, der Rückkehr in die Heimat, darstellt.

Die Determinierung der jeweiligen Symptome der akuten psychogenen Zustände ist vielseitig: Fortdauer der akuten Schreckwirkungen, Wiederaufleben früherer neurotischer Symptome (z. B. Aphonie, Stottern, Tic), familiäre Anlage zu bestimmten Reaktionen, Bereitliegen gewisser biologisch vererbter Abwehrmechanismen im Sinne der *Kraepelin*schen Hysterielehre. Festhalten einer im Moment des Schreckens eingenommenen Haltung, Verfall in offensichtliche Zustände der Hilflosigkeit, in Infantilismus, Puerilismus, Agrammatismus, Aufpfropfung massiver Symptome auf bestehende leichtere Übel, so der Taubstummheit und Taubheit auf alte Otitis oder organische Schwerhörigkeit, des Mutismus auf Stottern, Nachwirkung erst kurz vorher durchgemachter Krankheit (Pseudotetanus nach früher durchgemachtem Tetanus), Fixation bestimmter Haltung nach anfänglichen Schmerzen durch Kontusion usw. Dazu kommen manchmal unbestimmtere, der schon vorher bestehenden nervösen Erschöpfung entstammende Beschwerden, die dann mit den hysterischen Symptomen das Bild der sogenannten „Hysteroneurasthenie“ ausmachen. Symptomfixierend und variierend wirken auch ärztliche Ratschläge und Fehldiagnosen, falsche Behandlung mit orthopädischen Apparaten.

4. Die sogenannte „Kommotionsneurose“ bleibt außer Betracht, sie ist keine Neurose, sondern ein organisches Hirnleiden, dessen klinische Symptome sich freilich namentlich in leichten Fällen nicht immer von neurasthenischen und hysterischen Bildern unterscheiden lassen. Auch kann die organische Invalidität des Gehirns wie jeder geistige Schwächezustand (Imbezillität, Sklerose, Alkoholismus, beginnende Dementia praecox usw.) dem Auftreten psychogener Symptome den Weg bahnen.

Die Frage der Simulation ist während des Krieges nicht öffentlich zu besprechen. Man geht heute in ihrer Ablehnung vielleicht eher zu weit.

Die Prognose der kriegsneurotischen Zustände hängt hauptsächlich von der prämorbiden Persönlichkeit, ihrem Charakter und ihrer seelischen



Stellungnahme zum Kriege, vom Ort und von der Behandlung, von der Dauer des Krieges, der Gestaltung des Arbeitsmarktes und der Lösung der Renten- und Abfindungsfragen ab. Die Wege der Heilung sind zahlreich. Langsame und brüske Beseitigung der hysterischen Symptome, Einfluß der militärischen Disziplin und Autorität. Heilwirkung des Schreckens. Die Erfahrungen des Rückfalls. Grenzen unseres Einflusses bei der Frage der Wiederkehr der Dienstfähigkeit. (Vgl. meinen Aufsatz über Hysterie und Kriegsdienst in der Münch. med. Wschr. 1915, S. 361.) Notwendigkeit der Beseitigung von Dauerrenten. Abfindung oder zeitlich begrenzte automatisch endende Gewöhnungsrente. Der Heilwert der Berufsarbeit.

Herr *Hoche*-Freiburg schlägt der Gesellschaft deutscher Nervenärzte die gleiche Resolution vor wie dem Verein für Psychiatrie am Vortage (s. S. 195). Die Resolution wird angenommen.

b) Nachmittagsitzung am 22. September 1916.

Vorsitzender: *Obersteiner*-Wien.

Besprechung. — *Stransky*-Wien unterbreitet der gemeinsamen Versammlung der deutschen Psychiater und Neurologen folgende Anregung zur ev. Beschlußfassung:

Unbeschadet der zurzeit erst im Stadium vorläufiger Erwägungen eines ganz kleinen Kreises befindlichen Aktion eines engeren Zusammenschlusses der deutschen und österreichisch-ungarischen Psychiater bzw. ihrer Organisation wird es für wünschenswert erklärt, daß anstatt der wohl für lange Zeit ausgeschalteten, wissenschaftlich übrigens meist minder ergiebigen internationalen Kongresse künftighin ev. periodische wissenschaftliche Zusammenkünfte der Psychiater und Neurologen Mitteleuropas untereinander stattfinden mögen, zu welchem Behufe die nötigen Vorarbeiten in die Wege zu leiten bzw. die bereits im ersten Entwicklungsstadium befindlichen nach Kräften zu fördern wären.

Diese Anregung wurde von der Versammlung beifällig begrüßt.

Bunnemann-Ballenstedt (zu Protokoll gegeben, nicht vorgetragen) vertritt die Ansicht, daß über das besondere kriegsneurotische Problem keine Einigung zu erzielen ist, wenn man sich nicht vorher über die allgemeinen Daseinsprobleme ins Einvernehmen gesetzt hat. Es ist nach *B.* ein erkenntnistheoretischer Irrtum, wenn man mit mechanischen oder physikalischen Vorgängen, als an sich vorhandenen, rechnet und darin eine zureichende Begründung für gewisse Erfahrungstatsachen sieht. Ebensowenig kann in den unserem Bewußtsein sich darstellenden Komplexen für neurotische Symptome ein zureichender Grund gesehen werden. Es gibt keine Erkrankungen, die nur somatogen, und auch nicht solche, die nur psychogen sind, sondern die Ursächlichkeit aller Lebenserscheinungen kann nur voll erfaßt werden, wenn man sie für somatogen und psycho-

gen zugleich ansieht, wenn man mit objektiv-subjektiven elementaren Rückbezüglichkeitsprozessen rechnet, aus denen sowohl die materiellen als auch die psychischen Folgeerscheinungen abgeleitet werden können. In diesen Elementarprozessen liegt aber das Abweichende bei den Neurosen auf der subjektiven Seite. Es besteht da eine subjektive Überwertigkeit, die in bestimmten ideellen Richtungen nachzuweisen ist und in ihren graduellen Verschiedenheiten sich nach dem *Arndt*schen biologischen Grundgesetze richtet (wie in Nr. 5, 1916 des Neurol. Ztlbl. genauer ausgeführt ist). Im Gegensatze dazu halten wir uns für berechtigt, mit körperlichen Erkrankungen zu rechnen, wenn wir materielle Folgeerscheinungen vorfinden, die dieselben von andern körperlichen Erkrankungen unterscheidbar machen. Wir klassifizieren eben nicht danach, was ist, sondern danach, was uns zunächst auffällt und was für uns in den erkennbaren Folgeerscheinungen den besten Unterscheidungswert besitzt.

Böttiger-Hamburg macht auf die Verschiedenheit des zur Beobachtung gelangenden Neurosenmaterials aufmerksam, je nachdem es sich um Fälle handelt, die bereits eine Reihe von Lazaretten durchwandert haben, oder um solche, die frisch von der Front bzw. nach Beginn ihrer Erkrankung ankommen. Bei den ersteren, die dann auch zum großen Teil schon Hypnose, elektrische Ströme und anderes ohne Erfolg überstanden, sind weitere therapeutische Versuche meist zwecklos; für sie wird voraussichtlich erst der herannahende Friedensschluß Besserung bringen. Eine Heilungsziffer von fast 100% dagegen erreichte *B.* bei den seiner Lazarettabteilung zugehenden frischen Fällen von Neurosen, besonders Hysterien, und zwar durch verschiedenste therapeutische Maßnahmen, die großenteils prophylaktisch einer festen Fixierung der beginnnden hysterischen Symptome entgegenarbeiten. Bei allen therapeutischen Maßnahmen liegt die Wirksamkeit in der suggestiven Wirkung des Arztes und der Umwelt. Bezüglich der Schreckneurosen und der Reflextrophoneurosen nähert sich *B.* dem Standpunkt *Oppenheims*; er hält ihre Symptome nicht für hysterisch, gibt aber zu, daß sie beim Abklingen allmählich von hysterischer Fixierung abgelöst werden können. Die hysterischen Sensibilitäts- und Gesichtsfeldstörungen betrachtet er nach seiner nunmehr 22jährigen Erfahrung als größtenteils durch die ärztliche Untersuchung erzeugt. *B.* selbst findet sie trotz darauf gerichteter Untersuchung, allerdings unter vorbeugenden Suggestionen, selbst bei hysterischen Mono- und Paraplegien, niemals mehr.

Kaufmann-Mannheim-Ludwigshafen betont, daß er die Behandlung der motorischen Reiz- und Ausfallerscheinungen mittels der Methode der militärischen Willensüberwältigung unter Unterstützung durch den elektrischen Strom (vgl. Münch. med. Wschr., feldärztl. Beilage 1916, 22) ausschließlich bei veralteten Fällen anwendet. In frischen Fällen genügen die konservativen Methoden bei richtiger Anwendung fast immer. Die Hartnäckigkeit der verbummelten Fälle erhellt aus der Feststellung von

Wilmanns, wonach 71% der ein Jahr vorher entlassenen Kranken mit psychogenen motorischen Störungen bei der Nachprüfung ungebessert waren. Zur Beseitigung des Tremors benötigt *K.* selten mehr als ¼ Stunde, meist weniger, und auch während dieser Zeit wird nur wenig elektrisiert, mehr mit energischer Wortsuggestion gearbeitet; er benutzt übrigens bei dem Tremor nicht mehr die labile Behandlung, vielmehr setzt er die Elektroden auf einen der bekannten Nervenreizpunkte, je nach Lage des Falles, und immobilisiert das zitternde Glied durch den tetanisierenden Strom. Oft ist ein allgemeiner Tremor von einem Punkt aus zum Schwinden zu bringen. Über Rheostatenstärke 7 geht er bei Benutzung des Wechselstroms des Erlanger Pantostaten so gut wie nie hinaus (außer bei peripheren Anästhesien), und das ist eine Stromstärke, die sehr wohl zu ertragen ist. Selbstverständlich dürfen die Elektroden nicht an differenten Stellen aufgesetzt werden. Die Rezidive der Tremores und Tics, die besonders gern auf akustische Reize folgen, sind nur sehr selten Dauerrezidive. Öfters sieht man nach Beseitigung groben psychogenen Zitterns einen feinen Tremor; die Anamnese solcher Fälle ergibt meist, daß die Kranken schon früher bei Aufregungen bzw. Anstrengungen etwas gezittert hatten. — Eine besonders wichtige Rolle spielt die militärische Willensüberwältigung bei den Dysbasien bzw. Abasien. Auch hierbei wird die elektrische Bürste nur relativ spärlich gebraucht und der Hauptwert auf die für jeden Fall vorher genau überlegten Frei- und Gehübungen nach scharfem (aber nicht grobem!) militärischem Kommando gelegt. Dabei braucht man meist mehr als ¼ Stunde, oft bis zu einer Stunde, selten länger. Von „stundenlangem Faradisieren", das manche als charakteristisch für *K.*s Vorgehen angeben, kann also keine Rede sein. Ausführliches über seine bisherigen Erfahrungen wird *K.* in der Münch. med. Wschr. veröffentlichen.

Schüller-Wien schlägt bezüglich der Begriffsbestimmung der „Rückenmarkserschütterung" vor, als „Commotio spinalis" — analog der Commotio cerebri — nur das der Gewalteinwirkung unmittelbar folgende Zustandsbild (Phase des Schocks) zu bezeichnen. In den späteren Stadien handelt es sich entweder um Neurosen nach Trauma der Wirbelsäule oder um Mischformen von funktionellen mit organischen Symptomen (Reflexanomalien, Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit). Letztere Formen wären nach Analogie mit der Contusio cerebri als „Contusio spinalis" zu bezeichnen. Als anatomisches Substrat der Contusio spinalis kommen zweierlei Veränderungen in Betracht, nämlich das Ödem der Medulla (*Borchard*) und zirkumskripte Liquoransammlungen (*Ranzi* und *Marburg*), während Blutungen (nach *Borchard*) meist fehlen. In allen hierher gehörigen Fällen kommt die Lumbalpunktion als diagnostisches und therapeutisches Hilfsmittel in Betracht. *Sch.* erwähnt ferner die von ihm auf der Abteilung *Redlichs* gesehenen Röntgenbefunde von Spondylitis deformans bei zahlreichen Fällen von Contusio spinalis und verweist diesbezüglich auf eine bevorstehende Publikation von *Kreuzfuchs* und *Redlich*.



Es wäre übrigens möglich, daß durch weitere Untersuchungen der Wirbelsäule von Kriegsteilnehmern, die niemals ein akutes Trauma der Wirbelsäule erlitten haben, eine Spondylitis deformans festgestellt werden könnte, da ein großer Teil der Kriegsteilnehmer chronischer Überbelastung der Wirbelsäule ausgesetzt ist.

Mörchen-Wiesbaden: In 1½ Jahren hat *M*. als Lagerarzt des Darmstädter Kriegsgefangenenlagers unter mehr als 60 000 französischen Gefangenen 8 Fälle gesehen, die zur „traumatischen Neurose" gerechnet werden können. Ein großer Teil der Gefangenen ist direkt aus schwerstem Trommelfeuer bei Verdun ins Lager gekommen. Es steht fest, daß die Leute in zahlreichen Fällen schwere somatische und psychische Kommotionsschädigungen erlitten haben. Diese Zustände, die wir „primären Innervationsschock" nennen (Münch. med. Wschr. 33, 1916 und Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 1916) , sind aber bei und unmittelbar nach der Gefangennahme abgeheilt. In der Gefangenschaft fehlen die psychischen Bedingungen für Konservierung des primären Innervationsschocks oder die Entwicklung eines „sekundären Innervationsschocks". Wir haben uns in den genannten Zeitschriften über die aus psychologischer Betrachtungsweise sich ergebenden Gründe für das Fehlen des sekundären Innervationsschocks bei Gefangenen eingehend geäußert und nach Ausschluß aller organisch-nervösen Möglichkeiten in dem durch die Gefangennahme bedingten „Entlastungsgefühl" den wichtigsten, direkt therapeutisch wirkenden Faktor gefunden. Die Gefangenenbeobachtungen geben uns in vielfacher Hinsicht Aufschluß über das Wesen der nervösen Kriegsschädigungen, vor allem ihrer fixierten Formen. Es handelt sich zum Teil um Analogien zu posthypnotischen Suggestionswirkungen. Hier liegt eine p s y c h i s c h e (nicht psychogene) Blockierung bestimmter psychomotorischer und psychosensibler Mechanismen, meist mit Beziehung auf eine ganze Funktionseinheit (Arm, Bein) vor. Die andern Formen des sekundären Innervationsschocks stellen aber unseres Erachtens individuelle psychotische Reaktionen auf den erlittenen Unfall vor, wobei psychogene Einflüsse bewußt und unbewußt (Verdrängung!) eine große Rolle spielen. Wir unterscheiden ja nach der individuellen Anlage hysterische, katatone und einfach neurasthenisch-depressive Reaktionen. Auch hinsichtlich der Prophylaxe dieser Zustände geben uns die Gefangenenbeobachtungen wichtige Hinweise. Wenn wir feststellen konnten, welche äußere Umstände und psychische Bedingtheiten bei Gefangenen die Fixierung oder Spätentwicklung von Innervationsschock verhindern, so ergeben sich daraus von selbst die Maßnahmen, die bei Nichtgefangenen prophylaktisch zu treffen sind. Das Gleiche gilt in vieler Beziehung von der Therapie dieser häufig verkannten und falsch behandelten Zustände. Die Prognose ist in manchen Fällen mit schwerer individueller Disposition hysterischer oder katatoner Art sicher ungünstig; zahlreiche andere Fälle aber, so hartnäckig sie erscheinen, sollten nicht vor dem Kriegsende prognostisch de-



finitiv ungünstig beurteilt werden, weil mit jenem ein therapeutisch vielversprechender Faktor in Rechnung steht. Zu frühzeitig abschließende Dienstunfähigkeits- und Rentenbegutachtungen können die Prognose an sich noch gutartiger Fälle einschneidend und dauernd verschlechtern. Eine Aufklärung nicht nur der Ärztewelt, vor allem der mit der militärischen Begutachtung und Behandlung beschäftigten, sondern bis zu einem gewissen Grade auch des Publikums erscheint dringend notwendig.

Jolowicz-Dresden: Neurosen sind offenbar in den Heimatlazaretten absolut häufiger als im Felde. Die in der Heimat an Neurose Erkrankten rekrutieren sich aus drei Gruppen: den Felderkrankungen, den nervösen Erschöpfungszuständen, den unter der Diagnose Verschüttung und Granatexplosionsschock eingelieferten psychisch akut Geschädigten und den Halbsimulanten. Für alle bedeutet der Abtransport in die Heimat einen Eingriff von umstimmender Bedeutung, der die Symptome erst manifest macht. Die in den besonderen Verhältnissen des Stellungskrieges begründete „Bereitschaft zur Neurose" bildet den breiten, fruchtbaren Boden für die nervösen Erkrankungen. Das Schicksal der Erkrankung ist, wie bei den chirurgischen Kriegsverletzungen, wesentlich abhängig von der ersten Versorgung. Daher ist eine Behandlung möglichst bei andern Formationen und möglichst mit allen Mitteln anzustreben.

P. Förster-Breslau: Bei der Frage nach dem Wesen der Symptome bei den Kriegsneurosen sind zwei Punkte scharf zu trennen, erstens, welche Ursachen erzeugen primär im Einzelfalle die jeweiligen Symptome, und zweitens, welcher Faktor führt zur Fixierung der Erscheinungen, die bei nicht neurotischen Individuen mehr oder weniger rasch wieder verschwinden. Die Ursachen für die Entstehung sind sehr mannigfaltige, somatische und psychische; erstere sind ihrerseits wieder unendlich mannigfaltig: Trauma, Infektionskrankheiten, Ermüdung, alle möglichen organischen Erkrankungen des Nervensystems, Ischias, Kehlkopfkatarrh, Blasenleiden usw. Von den Symptomen, die durch sie primär erzeugt werden, wird das eine oder andere funktionell fixiert; ein großer Teil ist primär psychisch bedingt, auf den Schreck folgt reflektorisch Zittern, Stimmverlust, Urinabgang usw. Aus der ungeheuren Mannigfaltigkeit der primären Ursachen folgt die ungeheure Mannigfaltigkeit der Symptome, folgen die vielen bunten Bilder, die zum Teil ganz neu sind. Welcher Faktor führt nun zur Fixation der Erscheinungen? In der Fixation liegt erst das Pathologische, spezifisch Neurotische. Es ist ein psychischer Faktor, welcher fixiert; man hat die Begehrungsvorstellung, die Furcht vor dem Schützengraben u. a. herangezogen. So bewußt ist der fixierende psychische Vorgang aber nicht. Höchstens wirken diese Vorstellungen auslösend für den eigentlichen fixierenden Faktor, denn er ist ein Affekt; ich habe dieselbe Auffassung wie *Kraepelin*, ein unbewußter, phylogenetisch immanenter Instinkt — Trieb zur Selbsterhaltung, zur Erlangung von Vorteilen usw. In den Dienst dieses Instinktes treten die Krankheitser-



scheinungen, richtiger gesagt, er hält sie fest, und erzeugt sie immer da wieder, wo es zweckmäßig ist; charakteristisch ist auf der einen Seite die enorme Paratschaft der Symptome im Dienste des Instinktes, wie durch Druck auf einen elektrischen Knopf springen die Symptome an. Aber sie verschwinden auch anderseits dann nur dadurch, daß Umstände auftreten, unter denen das momentane Aufgeben zweckmäßiger ist. Letzteres sehen wir besonders bei der Therapie, Übertrumpfung durch starken Schmerz, durch Abstinenzkur (*Binswanger*), Urlaubsverweigerung usw.

Quensel-Leipzig: Nach den Erfahrungen bei den Friedensunfallverletzten halte ich den Krankheitsbegriff der traumatischen Neurosen für unzweckmäßig und verwirrend. Der Vergleich der Kriegsneurosen mit denen der Friedensunfallverletzten ist zweckmäßig, da wir hier über ein abgeschlossenes Material verfügen. Tatsächlich findet man bei den Unfallverletzten mit funktionell nervösen Störungen folgende 3 Gruppen, die zur Annahme von Neurosen führen: 1. Intern chirurgische Krankheiten mit lebhaften subjektiven Erscheinungen, 2. organische Nervenkrankheiten, darunter speziell Kopfverletzungen mit unsicherem organischen Befund und vorwiegenden subjektiven Beschwerden, 3. echte Neurosen. Ihre traumatische Entstehung ist meist nicht einfach und eindeutig, aber nicht zu bezweifeln; auch eine psychotraumatische Entstehung im Sinne des Herrn *Oppenheim* halte ich zwar nicht für häufig, aber doch für gegeben. Alle drei werden kompliziert durch die normal psychologische Einwirkung äußerer Umstände, z. B. der Entschädigungspflicht der Betriebsunfälle, die aber nicht nur als Begehrungsvorstellung eine verständliche Reaktion hervorruft und psychogen krankmachend wirkt, weil und soweit sie mit Krankheitszuständen zusammentrifft. Ein reines isoliertes Krankheitsbild, das lediglich die Folgen der normalen Unfallreaktion darstellt, gibt es nicht. Die Kombination derselben mit den verschiedenen Krankheitsarten ergibt relativ charakteristische Bilder, am meisten mit den echten Neurosen, zumal bei Psychopathen und konstitutionell Hysterischen infolge der Wesensverwandtschaft. Keines dieser Bilder ist aber an sich spezifisch und erschöpfend. Auch die Kriegsneurosen zeigen eine gleichartige, wenn auch im einzelnen abweichende und eigenartige Mischung von Krankheitszuständen mit den Erscheinungen einer psychologischen Reaktion auf besondere äußere Verhältnisse. Das wird außer sonstigen Erfahrungen besonders bewiesen durch die Notwendigkeit einer nicht nur medizinischen, sondern zugleich psychologischen, pädagogischen, militärischen, rechtlichen und sozialen Behandlung. Auffallend gegenüber den Friedensunfallverletzten ist das häufige und überaus massive Auftreten sehr ausgesprochener Hysterien, das vielleicht zusammenhängt mit der Häufigkeit und Intensität psychotraumatisch wirkender Traumen einer- mit der besonderen Bedeutung der psychogen wirkenden Faktoren anderseits. Beachtenswert scheint mir aber doch, daß wir nach den Friedenserfahrungen dringend mit der Möglichkeit organischer Komplikationen zu rechnen

haben. Die Lehre von der traumatischen Neurose ist keine rein medizinisch wissenschaftliche Frage. Der Begriff der traumatischen Neurosen könne also höchstens als äußerlicher Sammelbegriff weiter behalten werden, wie das Herr *Oppenheim* dankenswerterweise selbst jetzt anerkennt; am besten ist es, ihn ganz fallen zu lassen.

Wollenberg-Straßburg: In bezug auf die Hysterie stehe ich auf dem Standpunkte, den Herr *Gaupp* eingenommen hat. Zu den Wirkungen der akuten Emotion kommt die der chronischen, die oft noch lange Zeit im Lazarett nachwirkt und einen günstigen Boden für die hypochondrische Verarbeitung von Mißempfindungen und auch tatsächlich bestehenden peripherischen Veränderungen (Angioneurosen) bildet. Diese Auffassung der Hysterie eröffnet so viele Möglichkeiten, daß wir auch für ungewöhnliche Symptome eine andere Erklärung nicht brauchen. Es liegt deshalb meines Erachtens kein Grund vor zu der Annahme eines neuen Momentes, und ich bin der Meinung, daß die Erschütterungstheorie des Herrn *Oppenheim* durch die Erfahrungen über Kriegsneurosen nicht gestützt wird und dadurch nicht haltbarer geworden ist als die erste war. Wenn wir aber dieser Meinung sind, dann sollten wir auch den letzten Schritt tun und den Ausdruck „traumatische Neurose", der sicher doch immer wieder mißverstanden werden wird, durch einen passenderen zu ersetzen suchen. Was die Therapie betrifft, so sind wir wohl darüber einig, daß jede Einseitigkeit zu vermeiden ist, daß insbesondere frische Fälle in Ruhe gelassen werden müssen. Vor allem kommt es aber darauf an, die betreffenden Kranken so schnell wie möglich in die richtige Umgebung zu bringen und sie nicht erst lange in andern Lazaretten, medikomechanischen Instituten herumsitzen zu lassen. Hierfür kommen als besonders geeignet Behandlungslazarette in Betracht, wie sie in Baden bereits vorhanden sind. Bei den hier konzentrierten Kranken müssen dann die verschiedenen Methoden sorgfältig ausgewählt werden, also zunächst Ablenkung durch Arbeit, Wachsuggestion, weiterhin Hypnose, Überrumpelung, endlich die energischen elektrischen Methoden. Unter allen Umständen müssen aber diese energischen Eingriffe solchen Stellen vorbehalten bleiben, die über neurologische und psychiatrisch hinreichend erfahrene Ärzte verfügen. — Durchaus erforderlich scheint es mir übrigens, die Stellung kennen zu lernen, welche die Sanitätsämter zu den letztgenannten Methoden einnehmen.

Rumpf-Bonn: Die fast einstimmige Annahme des Antrags *Hoche* hat gezeigt, daß die Kriegsneurosen im wesentlichen der Hysterie zugerechnet werden und eine günstige Prognose angenommen wird. Ich brauche deshalb auf die Arbeiten von *Wimmer*, *Nägeli*, mir und meinem Assistenten *Horn* über Kapitalabfindung nicht einzugehen. Auch die Schreckneurose betrachte ich nur als eine Unterabteilung der Hysterie. Ich betone aber, daß schon *Oppenheim* 1889 die Mehrzahl seiner Krankheitsbilder als Hysterie betrachtet hat. Von Hysterie abzutrennen sind aber meines



Erachtens die Kontusions- und Kommotionsneurosen. Herr *Gaupp*, dem ich ebenso wie *Wollenberg* in der Auffassung der Hysterie beistimme, möchte die Kontusions- und Kommotionsneurosen nicht anerkennen. Wenn man aber darunter Schädelverletzungen oder Gehirnerschütterung mit nachfolgenden nervösen Symptomen versteht, so wird Herr *Gaupp* mir recht geben, daß dieselben abzutrennen sind. Ihr Verlauf kann ja ähnlich der Hysterie sein, ist es aber häufig nicht, indem schwerere Störungen nachfolgen. Die Fälle von Reflexlähmung nach peripheren Verletzungen rechne ich der Hysterie zu, die zu organischen Störungen hinzugetreten ist. Alle diese Fälle mit organischen Verletzungen bedürfen naturgemäß einer andern Beurteilung als die einfach hysterischen Störungen, die leichter ausfallen, aber in der Folge vielfach Simulationserscheinungen zeigen.

L. Mann-Breslau erwähnt Fälle von Akinesia amnestica, die durchaus der Schilderung *Oppenheims* entsprechen und die sich besonders dadurch auszeichnen, daß bestimmte Muskelgruppen funktionell erhalten waren und stets von den Kranken innerviert werden konnten, während die gesamte übrige Muskulatur ausfiel, in welcher Situation auch immer der Pat. beobachtet wurde. Durch diese Konstanz unterscheiden sich diese Lähmungen prinzipiell von den hysterischen Lähmungen. Ebenso gibt es meines Erachtens Tremorformen, die durchaus von dem hysterischen Tremor abzugrenzen sind: sie zeigen eine absolute Konstanz und gleichbleibenden Rhythmus (240 bis 300 Schwingungen in der Minute), während die hysterischen Tremorformen nach den jeweiligen psychischen Einflüssen wechseln. Ich bin mit *Oppenheim* durchaus der Ansicht, daß diese Fälle von der Hysterie abzutrennen sind (die pseudospastische Parese mit Tremor betrachte ich dagegen mit *Nonne* als ein exquisit hysterisches Krankheitsbild). — Zur Therapie möchte ich bemerken, daß die von *Kaufmann* empfohlene Methode von mir, wie wohl von allen Neurologen, von jeher im Prinzip ausgeübt wird. Das Wesen liegt in einer Kombination von suggestiver Übungstherapie und Schmerzerregung. Das Neue in den *Kaufmann*schen Mitteilungen liegt in der Rigorosität und Dauer der Anwendung des elektrischen Stroms. Ich halte es für wohl möglich, daß dadurch in manchen Fällen besseres geleistet wird, wie mit der bisherigen Methode, halte jedoch die allgemeine Empfehlung für bedenklich. Besonders möchte ich warnen vor sehr starker Anwendung des sinusoidalen Stroms, wie ihn der Pantostat liefert, und möchte unter allen Umständen raten, nur den Induktionsstrom anzuwenden. Die Schmerzerregung kann mit diesem ebensoweit getrieben werden, es sind aber wegen seiner physikalischen Eigenschaften üble Zufälle nicht zu befürchten. Wenn in einigen Fällen der Exitus eingetreten ist, so wäre dieser traurige Ausgang vielleicht bei Anwendung des Induktionsstroms zu vermeiden gewesen. Bedenklich erscheint bei einer allgemeinen Empfehlung der *Kaufmann*schen Methode die naheliegende Gefahr, daß von neurologisch nicht geschulten Ärzten

aus dem Erfolge dieser Therapie geschlossen wird, daß Simulation vorgelegen habe. Dieser Auffassung muß energisch entgegengetreten werden.

Schuster-Berlin bespricht einige seltene Symptome der Neurotiker: Bulbuszittern, entfernt an Nystagmus erinnernd, träge Reaktion der erweiterten Pupillen auf Lichteinfall, erhebliche Herabsetzung der Kniereflexe; er erwähnt ferner die auf ein Glied beschränkte myotonische Nachdauer der willkürlichen Muskelinnervation sowie schließlich eine eigentümliche Kontraktur der langen Fingerbeuger, welche zwar sehr an die hysterische Kontraktur erinnert, aber doch nicht ganz mit ihr identisch ist; sie tritt auf bei Weichteilverletzungen der Beugeseite und beruht möglicherweise auf einer direkten traumatischen Muskelreizung. Die Frage, ob ein völlig gesundes Nervensystem im Kriege neurotisiert werden könne, bejaht *Sch.* Bezüglich der Genese der Reflexlähmung und der andern psychischen Lähmungen verweist er auf seine Ausführungen im Neurol. Ztlbl. Schließlich betont er noch das enorm wichtige Moment des Habituellen auf motorischem und sensiblem Gebiet und erwähnt die durch Nervenverletzungen (besonders Medianusstamm) erzeugte erhebliche allgemeine Erregbarkeitssteigerung des gesamten Nervensystems.

K. Goldstein-Frankfurt a. M. empfiehlt zur Behandlung der hysterischen Symptome der Soldaten die Behandlung einer Scheininjektion in leichtem Chloräthylrausch. Die Erfolge sind sehr gute. (Nach dem Vorschlag von *Rothmann.*) Er empfiehlt weiter, den Behandelten zur Erleichterung des Wiedereintritts ins Leben und in ihre regelmäßige Arbeit eine relativ größere Rente zu geben, die aber nicht als „Rente", sondern als Unterstützung auf eine gewisse kurze Zeit (etwa 1 Jahr) gedacht ist.

Mann-Mannheim: Die Unterbringung der Kriegsneurosen in Nervenlazaretten ist zweckmäßig. Die Behandlung *Kaufmanns* ist nicht so grausam, wie es nach den Veröffentlichungen erscheint.

Lilienstein-Nauheim bringt folgenden Antrag ein, der angenommen wird:

„Mit Rücksicht auf die schlechten Heilerfolge bei Kriegsneurosen in den Heimatlazaretten einerseits und die günstigen Erfahrungen mit diesen Erkrankungen an der Front und in den Feldlazaretten anderseits regt die Versammlung an, im Stellungskrieg bei mobilen Formationen und in der Etappe psychiatrische und neurologische Genesungsheime zu errichten."

Curschmann-Rostock: In der Diskussion der Referate ist bereits mehrfach hervorgehoben worden, daß ein deutlicher Unterschied sowohl bezüglich der Krankheitsbereitschaft und -fixierung als auch der therapeutischen Prognose je nach psychischer Beschaffenheit, Bildung und ethischer Veranlagung des betroffenen Kriegsteilnehmers besteht. Wenn nun völlig identische schwere Einwirkungen psychischer und somatischer Art bei psychisch verschiedenartigen Individuen prinzipiell verschiedene Krankheitseffekte schaffen, so spricht das sehr gegen die materielle (re-

flektorische, molekulare usw.) Einwirkung und für die mehr oder weniger rein psychogene; es gilt dies auch für die Formen, die *Oppenheim* von der Hysterie abgrenzen möchte, die Reflexlähmungen, verschiedenartige Hyperkinesen, wie Tic, Torticollis u. a. m. Mein Satz wird am deutlichsten illustriert durch das völlig differente Verhalten der Offiziere und der Mannschaften nach schweren Kriegstraumen. Ich habe sowohl stationär als auch als fachmännischer Beirat stets beobachtet, daß naive grobe Äußerungen der Hysterie (Mutismus, schwere Tremor- und Ticformen, Kontrakturen usw.) bei Offizieren auch nach dem Erleben all der oft zitierten Granat- und Minenschocks ganz außerordentlich selten sind. Eine Rundfrage an eine größere Reihe von Kollegen mit ausgedehnter Offizierspraxis bestätigte das vollauf, fast ohne Ausnahme. Auch zahlreiche Kollegen aus dem Felde äußerten sich in demselben Sinne. Wenn aber ausnahmsweise einmal ein Offizier erkrankt, handelt es sich stets um einen ausgesprochen degenerativ Belasteten. Trotzdem ist die Prognose dieser seltenen „Offiziershysterien", wie meine Rundfrage und eigene Erfahrung erwies, durchweg viel besser als die der Mannschaft, auch ohne Hypnose und heroische Prozeduren. Die Mehrzahl dieser (nervös doch schwer belasteten) Offiziere wurde nach einigen Wochen wieder kriegsverwendungsfähig. Das alles spricht stark gegen die *Oppenheim*sche Anschauung und für die mächtige Wirkung des von *Kohnstamm* zitierten Gesundheitsgewissens (mit den Komponenten des Ehrgeizes, der Selbsterhaltung usw.). Zu der *Böttiger*schen Negierung der Wirklichkeit der hysterischen Gefühlsstörungen bemerke ich, daß ich, wie *Nonne* und viele andere, diese These *B.*s für falsch halte. Die Realität, das primäre Vorhandensein der hysterischen Gefühlsstörungen läßt sich dadurch beweisen, daß man vor der Prüfung der Gefühlsqualitäten ganz stillschweigend die sensiblen Reflexe durchprüft, vor allem auch solche, die auch der „ausgepichteste" Traumatiker nicht kennt, z. B. den sensiblen Reflex des äußeren Gehörgangs (den ich übrigens meines Wissens lange vor *Fröschel* geprüft und publiziert habe, 1906). Fehlen die sensiblen Reflexe halbseitig ganz oder zum Teil, so wird das für die Realität später gefundener Gefühlsstörungen von Wichtigkeit sein. Weiter habe ich durch meine Prüfung der Schmerz-Blutdruckreaktion an hysterisch analgetischen Teilen fast stets das Ausbleiben dieser Reaktion, d. i. dasselbe Verhalten, wie bei grob organischen Gefühlsstörungen, feststellen können. Nach Heilung der Analgesie wird die Blutdruckreaktion bei Schmerzreizen dann stets positiv. Auch diese Tatsachen sprechen unbedingt für die Realität der hysterischen Gefühlsstörungen. Sie kann uns ja auch angesichts der mächtigen vasomotorischen, sekretorischen und trophischen Störungen, die die rein psychogene Neurose bewirken kann, gar nicht wundernehmen. In der von *Oppenheim* als neu bezeichneten Beobachtung des fehlenden Hervortretens der Sehnen bei hysterischen Lähmungen (im Stehen) bemerke ich, daß ich ähnliches, das Fehlen der auxiliären Mitbewegungen (sowohl der gleichen wie der Gegen-



seite) als ein wichtiges Hysteriesymptom bei hysterischen Lähmungen bereits beschrieben habe (vgl. D. Ztschr. f. Nervenheilk. 1906). Auch das von *Oppenheim* demonstrierte Phänomen des Ausfalls der Hypothenarkontraktion bei Ulnarabduktion bei hysterischer Lähmung erklärt sich durch meine Beobachtungen. Bezüglich der Therapie bemerke ich gegenüber *Böttiger*, daß nicht jede Therapie gegenüber den schweren hysterischen Störungen (speziell den Hyperkinesen) zum Ziele führt, sondern daß die Hypnose einerseits, die Überrumpelung anderseits die durchaus dominierenden Methoden sind. Denn die Raschheit des Erfolges ist die absolute Conditio sine qua non.

Aschaffenburg-Köln hält mit *Gaupp* die Folgen von Granatkommotionen nicht für wesensgleich mit den sonstigen psychisch-nervösen Störungen nach Schreck und dergleichen. Es treten jedenfalls in weit höherem Grade, als meist bekannt ist, organische Veränderungen im Zentralnervensystem durch Platzen von Granaten auf, auch unabhängig von grober Verletzung des Schädels durch Erdmassen, Baumstämme. Ich habe dadurch, daß ich von Kriegsbeginn an Gelegenheit hatte, als Chefarzt eines Festungslazaretts, dem eine Augen- und Ohrenabteilung angegliedert war, viele Fälle von Granatschädigung dieser Organe, zum Teil ohne nervöse Störungen gesehen. Dabei fanden sich fast ausnahmlos auch im Bereich des Zentralnervensystems Erscheinungen, die nicht anders zu erklären sind wie durch die Annahme lokalisierter organischer Schädigungen, wenn auch der Umfang der d a d u r c h bedingten Funktionsstörungen glücklicherweise in der Regel nur sehr gering ist. Da es von Wichtigkeit schien, festzustellen, wodurch diese Erscheinungen entstehen, habe ich eine große Zahl von gesunden Soldaten in Flandern untersucht, und zwar die meisten schon in den ersten 24 Stunden nach dem Verlassen des Schützengrabens; von 74 Untersuchten fehlten nur bei 3 unverkennbare organische Zeichen. Eine Ergänzung meiner Beobachtungen durch Dr. *Petzsch*, der nach schweren Granatbeschießungen die Beteiligten (Unverletzten) am Tage nachher und später untersuchte, ergab, daß die Erscheinungen zum Teil innerhalb 8 Tagen verschwinden, aber nur zum Teil, daß aber außerdem andere erst dann zum Vorschein kamen. Wahrscheinlich handelt es sich um nekrotische Schädigungen durch den Luftdruck. Auf meine Anregung durch Dr. *Nicol* im Priesterwalde gemachte Blutprüfungen zeigten wenigstens, daß die CO-Vergiftung von nebensächlicher, sicher nicht von ausschlaggebender Bedeutung ist. — Wenn ich nun aber bei den Granatexplosionsfolgen organische Veränderungen annehme, so trete ich damit doch nicht auf die Seite *Oppenheims*, daß die dabei nicht selten zu beobachtenden und oft im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehenden psychisch-nervösen Symptome auf diese zurückzuführen sind. Dagegen spricht vor allem, daß gerade die ausgeprägtesten hysterischen Granatfälle im allgemeinen am wenigsten organische Symptome aufweisen. Ich hielt es an dieser Stelle nur deshalb für zweckmäßig, auf diese organischen Symptome hinzuweisen, weil wir durch solche Beobachtungen

endlich ein wirkliches Verständnis für die uns bisher unerklärliche sogenannte traumatische Demenz gewinnen. — Dann möchte ich noch ein Wort **für** die nervenkranken Soldaten einlegen. Mir will es nicht in den Kopf, weshalb wir den Menschen, deren Nervensystem durch eine unglückliche Veranlagung überhaupt nicht oder nicht auf die Dauer die notwendige Widerstandsfähigkeit gegenüber den unerhörten Anforderungen des Krieges besitzt, von vornherein solche Vorwürfe machen sollen, die sich hier, und besonders im Verlaufe der gestrigen Besprechung, in Worten wie: Begehrungsvorstellungen, Rentensucht, Defekt des Gesundheitsgewissens usw. verdichten. Und ebensowenig kann ich mich damit einverstanden erklären, wenn man gegen einen Mann, der längere Zeit Frontdienst getan und seine Gesundheit dabei eingebüßt hat, von vornherein den Verdacht der Simulation hegt, weil die Symptome zufälligerweise künstlich, gemacht, ungewöhnlich sind. Niemand wird zweifeln, daß auch Schwindler und Betrüger in unserem Heere sind, die ihre nervösen Symptome zur Erlangung persönlicher Vorteile ausnutzen und vielleicht sogar erfinden. Wenn ich auf einen solchen Fall stoße, dann bin ich wirklich nicht geneigt, den Kerl mit Samthandschuhen anzufassen. Aber ich möchte doch davor warnen, diese, nach meiner Erfahrung sogar recht wenig häufigen Ausnahmen mit den übrigen Kranken zusammenzuwerfen, bei denen die Übertreibung nur der Ausdruck der verkehrten, krankhaften psychischen Einstellung ist. Ich bin wirklich der letzte, der nicht alles aufbieten würde, um jeden so weit zu bringen, daß er im Rahmen seiner Kräfte seine Pflicht tun kann; aber ich glaube, man kann das Ziel auch erreichen, ohne in so schroffer Weise vorzugehen, wie hier so warm empfohlen worden ist. Ob wir schließlich nicht auf unseren bisher schon eingeschlagenen Wegen das gleiche erreichen können und dabei weniger Gefahr laufen, die Grenzen dessen aus dem Auge zu verlieren, was bisher als ärztlich zulässig erschien?

Jakob-Hamburg betont die Wichtigkeit der genauen anamnestischen Erhebungen, ob wirklich eine Commotio cerebri der nervösen Schädigung zugrunde liegt, und erinnert an seine experimentellen histologischen Untersuchungen, die die klinische Abgrenzung der postkommotionellen nervösen Schwächezustände von den übrigen Neurosen fordern. Sehr häufig finden sich unter den Kriegsneurosen hysterische Zustandsbilder bei früher Gesunden; diese bieten gute Prognose.

Lilienstein-Nauheim nimmt Bezug auf die von ihm als Chefarzt des Kriegsgefangenenlagers Gießen schon im ersten Kriegsjahr festgestellte Tatsache des Fehlens der Granaterschütterungen bei Kriegsgefangenen. Auch die Herzneurosen sind bei ihnen sehr selten. Erscheinungen von Angstzuständen am Herzen, Herzunruhe usw. wurden von Kriegsgefangenen zum erstenmal gemeldet, als sich mit dieser Meldung ein Zweck verbinden ließ: nämlich bei der Ausmusterung durch Schweizer Ärzte für einen Kuraufenthalt in der Schweiz. Die Herzneurosen der Soldaten nehmen ebenso wie der allgemeine Nervenschock mit der Entfernung von der Front, nach den Kriegs- und Reservelazaretten hin zu und kommen



vielfach in den letzteren erst zur Entwicklung. Bei der Truppe und im Feldlazarett heilen sie leichter.

Pappenheim-Wien führt an, daß er in den letzten 14 Tagen bei mehr als 50, zum Teil seit Monaten in Spitälern befindlichen, zum Teil schon im Rentenbezuge stehenden Kranken in kürzester Zeit teils durch bloßes Zureden — dies namentlich bei Offizieren —, teils durch andere Maßnahmen — Franklinisation, Isolierung, faradischen Pinsel, von Zivilärzten angewandt und oft in ¼ Minute wirksam — die auffälligen Symptome — Myotonoklonie, Gangstörungen, Halsmuskelkrämpfe, Stummheit usw. — beseitigt hat. Zu erwägen ist, ob nicht die strengere Behandlung prophylaktisch wirksamer ist, d. h. Rückfälle eher verhütet als die schonenderen Behandlungsmaßnahmen. Bei russischen Kriegsgefangenen, von denen *P.* einige Zeit alle in Österreich-Ungarn zum Invalidenaustausch bestimmten zu sehen bekam, fand er nicht selten geringen organischen Läsionen überlagerte funktionelle Störungen, die teilweise wohl mit dem Wunsche nach Austausch zusammenhingen, dagegen nur ganz ausnahmweise schwere Astasie, Abasie und Myotonoklonie, die aber durch Faradisation behoben wurden, also auch psychisch beeinflußbar waren.

Seige-Partenkirchen schließt sich den Ausführungen des Herrn *Jolowicz* über die Erscheinungsformen sowie die Behandlung der Kriegsneurosen im Felde völlig an. Bemerkenswert erscheint ihm, daß bei Kriegsgefangenen kurz nach dem Gefechte schwere psychoneurotische Störungen nicht zu beobachten sind; ebenso konnte *S.* bei Zivileinwohnern französischer Ortschaften, die häufigen Beschießungen ausgesetzt sind, Kriegsneurosen nicht feststellen.

Fortsetzung der Besprechung und Schlußworte am 23. September 1916.

Trömner-Hamburg erinnert, obwohl er in der traumatischen Neurose keine klinische Einheit sehen kann, doch an zwei weder der Neurasthenie noch der Hysterie zuzurechnende epitraumatische Zustände, 1. an die Folgezustände von direkter Concussio cerebri, welche er vor 8 Jahren als traumatische Hirnschwäche umgrenzte (Merkunfähigkeit, Indolenz, Intoleranz gegen Nervengifte und Insuffizienz bei höheren psychischen Leistungen), und 2. an die nicht selten traumatisch, rheumatisch oder postinfektiös entstehenden motorischen Zwangszustände (Tics, Torticollis). Beide können sich in mannigfacher Weise mit sekundären nervösen Folgen komplizieren und oft schwer trennbar sein. Bezüglich der Reflexlähmungen sieht T. in Lähmungen, welche mit dem Maße der auch sonst bekannten reflektorischen Muskelatrophien in erheblichem Mißverhältnis stehen, psychogene Auflagerungen. Die von *Mann* angegebenen Merkmale amnestischer Akinesien kann *T.* nicht als solche ansehen, welche hysterischen Lähmungen nicht gelegentlich zukommen.



Liebermeister-Tübingen: 1. Es ist von dem Absinken des Kriegstonus der Psyche bei der Überführung ins Heimatgebiet gesprochen worden. Wir sehen in diesem Absinken des Tonus einen Teil der Erholung und sind froh darüber. Wir müssen aber verlangen, daß diese Fälle von Kriegsneurosen auf die Nervenstationen verlegt werden, weil sie in diesem „kritischen Stadium der Rekonvaleszenz" besonders psychisch labil und ungünstigen Suggestionen zugänglich sind. Auf Nervenstationen heilen die frischen Fälle meist rasch aus, wenn man zur rechten Zeit nach der Ruhebehandlung die Übungsbehandlung einsetzen läßt. 2. Zur Therapie: Der maßgebende therapeutische Faktor bei den Kriegsneurosen ist die Energie des Arztes. Die funktionellen Neurosen sind heilbar, also müssen sie geheilt werden. Grundsatz: „Fortiter", ja „fortissime in re", „suaviter", aber militärisch „in modo". Direkte Suggestion erweckt im Kranken leicht konträre Autosuggestionen, die wir dann unter Umständen mit heroischen Mitteln bekämpfen müssen, während für die indirekte Suggestion ein weites Feld der Betätigung bleibt, wenn der Arzt neben Energie auch die nötige Phantasie besitzt, an die listenreiche Kriegsneurosenseele im Einzelfalle anzupochen. Es gibt ja tausend Möglichkeiten. 3. Die schlechten Resultate bezüglich der Dauer der Heilung und Dienstbrauchbarkeit lassen sich durch guten Konnex zwischen Lazarettarzt und Truppenteil wesentlich verbessern. Wo dieser Konnex hergestellt ist, sind Dauerheilungen und Kriegsverwendungsfähigkeit häufig.

Stransky-Wien möchte, wie schon bei einer früheren Gelegenheit, einen Gesichtspunkt hervorheben, der ihm in dieser Aussprache bis jetzt zu kurz gekommen zu sein scheint: die Bedeutung des inneren Krankheitskonsenses. Insbesondere der Feldarzt kennt diese Fälle: es gibt neuropathische Individuen, die unter dem suggestiven Einfluß des „Kriegstonus", wie man es treffend genannt hat, sich zusammennehmen, oft Hervorragendes leisten, bis dann endlich, nicht selten durch irgendein äußeres Moment gebahnt, der dem Außenstehenden alsdann unerwartet scheinende Zusammenbruch erfolgt, unter Hervorbrechen eines Heeres nervöser Symptome: der Dampf im überhitzten Topf, dessen normales Ventil verschlossen gehalten blieb, bricht sich ein „falsches" Ventil; man denke an das, was man den richtigen Kern der sogenannten „Verdrängungslehre" nennen könnte. Hierher gehört auch ein anderes Zusammentreffen: Der Soldat, zumal aber der Offizier im Felde draußen, unterdrückt oft alles Krankheitsgefühl bei den zahllosen Erkrankungen, an denen es im Schützengraben zumal nicht mangelt (man denke etwa nur an die Feldneuritis, an die Tibialgie usw.), eben wieder aus Scham -und Ehrgefühl bzw. mit Hilfe der gesteigerten Energie, die aus dem Kriegstonus erwächst; erfolgt dann aber schließlich doch der innere Krankheitskonsens bei ihm, dann werden sich sozusagen kompensatorisch oft neurotische Symptome einstellen, als quasi Reaktionserscheinungen auf die frühere Überenergie, welche dann den organischen Kern der Erkrankung überlagern. — Diese dem Feldarzt



sicherlich nicht unbekannten Dinge erklären vielleicht einen Teil dessen, worüber wir uns hier auseinandersetzen: die organischen Befunde bei vielen unserer Neurotischen. — Wir dürfen, diese Binsenwahrheit wäre vielleicht wieder zu unterstreichen, nicht die Verschiedenheiten des Materials vergessen, die manches Widersprechende erklären. So ist auch das Material, das in Deutschland zur Beobachtung gelangt, sicherlich nicht restlos vergleichbar mit dem ethnographisch und auch psychologisch so mannigfachen Material Österreich-Ungarns. Zum Beispiel sieht *St.* in Wien gar nicht selten Alkoholhysterie, die *Nonne* in Hamburg vermißt. Es folgt daraus, daß auch die therapeutischen Grundsätze elastischer sein müssen, nicht starr sein dürfen. Als *St.* vor fast 1½ Jahren nach seiner Rückkehr vom Felde den Gedanken aussprach, daß neurologisch-psychiatrische Beobachtungs- bzw. Genesungsstationen nahe der Front zweckmäßig wären (im Verein f. Psych. u. Neur. in Wien), fand er damit so wenig Beifall, daß er die Publikation dieser Anregung unterließ; ein Jahr später hat dann im Anschluß an ein Referat *Redlichs* derselbe Verein sich dafür ausgesprochen, und auch in unserer heutigen Versammlung ist wohl die communis opinio die nämliche. So wandeln sich die Ansichten, und sie werden sich wohl auch bezüglich der Therapie noch mannigfach ändern. Eines aber möchte *St.* besonders betonen: daß sich der Arzt bei der Behandlung der Fälle, welche therapeutischen Maßnahmen immer die besondere Situation zweckmäßig erscheinen lassen möge, als Kardinalgesichtspunkt in dieser ernsten Zeit nicht in erster Linie die Wohlfahrt des Einzelfalles vor Augen halten soll, sondern das Wohl unserer so eng verbündeten Vaterländer und die Schlagfertigkeit unserer verbündeten Heere!

A. v. Sarbó-Budapest verwahrt sich dagegen, je behauptet zu haben, daß der Hintergrund aller Kriegsneurosen in organischen Veränderungen zu suchen wäre. Überzeugt ist er von dem materiellen Hintergrunde der sogenannten Granatfernwirkungen. Das beweisen auch Sektionen. Seine Fälle von Granatfernwirkungen heilen und gehen zur Front zurück. Werden solche Fälle als Hysterien, traumatische Neurosen bezeichnet, so schafft man Perseverierende. Letztere sind mit welcher Methode immer zu heilen. Er selbst übt in solchen Fällen Aufklärung, Überredung. Die verschiedensten Methoden sind gut, aber keine einzige hilft im Anfang der Erkrankung (*Mohr*, *Kaufmann*); warum? Wenn sie Hysterien wären, so müßten sie von Anfang an suggestiv zu heilen sein, so wie die Friedenshysterie.

Voß-Düsseldorf: Das VII. Armeekorps hat seit 1½ Jahren in Krefeld eine Spezialklinik für Nervenkranke eröffnet, an der ich, daneben auch als fachärztlicher Beirat, tätig bin. Die Klinik steht in enger Wechselbeziehung mit der Düsseldorfer chirurgischen Klinik, deren Leiter, Geheimrat *Witzel*, uns zahlreiche interessante Fälle (Schädelverletzte!) zur Beobachtung und Nachbehandlung überweist. Zu den prinzipiellen Fragen übergehend, bemerke ich, daß nach meiner Überzeugung die Schreckneurose als primäre hysterische Reaktion aufzufassen ist, die meist mono- oder



oligosymptomatisch auftritt. An der traumatischen Neurose halte ich fest; sie umfaßt einen durch die Mischung hysterischer und neurasthenischer Erscheinungen mit charakteristischen psychischen Störungen gekennzeichneten Symptomenkomplex. Die nervösen Beschwerden nach Schädelverletzungen möchte ich aus den traumatischen Neurosen ausschalten. Wir können das Vorhandensein organischer Schädigungen kaum je mit völliger Sicherheit ausschließen, darauf weisen die häufig nachzuweisenden Reflexstörungen, die Röntgenbilder u. a. hin. Unter die wichtigen Zeichen organischer Störungen auf motorischem Gebiet gehört nach meiner Erfahrung der *Rossolimo*-Reflex. Das Verhalten der Sensibilitätsstörungen erleichtert die Unterscheidung organischer und funktioneller Zustände nur wenig; das scheint mir aus den demonstrierten Tafeln hervorzugehen. Zum Kapitel der Therapie: Die *Goldstein*sche Äthermethode lehne ich für mich ab. Auch wenn es eine pia fraus ist, ziehe ich den geraden Weg der Wahrheit vor. *Kaufmanns* energische Behandlung ist sicher für einzelne Fälle geeignet, nur glaube ich, daß sie eine vorsichtige Auswahl verlangt, die von nicht einwandfrei vorgebildeten Ärzten kaum erwartet werden kann. Die Hypnose leistet Vorzügliches; nur stehe ich persönlich auf dem Standpunkte, daß sie nicht zu, wenn auch nur ganz vorübergehender, Hervorrufung von Krankheitszuständen benutzt werden sollte. Die Methode der Wahl ist die Arbeitsbehandlung, und zwar durch Heranziehung der Nervenkranken zur Tätigkeit in ihrem eigenen Beruf und gegen entsprechendes Entgelt. Ich weise auf die Ausgestaltung der Arbeitstherapie durch das Sanitätsamt des VII. Armeekorps durch die Schaffung von Arbeitsvermittlungsstellen usw.

Saenger-Hamburg konstatiert mit Freude, daß *Oppenheim* seinen Standpunkt schon in einigen Punkten nicht mehr so scharf vertreten hat wie nach Erscheinen seiner jüngsten Monographie. *S.* hat die ganze Entwicklung der traumatischen Neurosenfrage von Anfang an mitgemacht. Er erinnert an die schon in den neunziger Jahren des vorigen Jahrhunderts gemachten Einwendungen von *Friedrich Schultze*, *Jolly*, *Eisenlohr* und *Mendel*. Daß *Oppenheim* jezt wieder auf seinen alten Standpunkt zurückgekommen ist, erklärt *S.* durch den Umstand, daß *O.* sich viele Jahre, wie er selbst sagte, mit den Unfallnervenerkrankungen nicht mehr befaßt hat. Die in der Diskussion zutage getretenen Erfahrungen der Militärärzte (an der Front, in den Etappen und Gefangenenlagern), die überraschend schnellen Heilungsresultate mittels der Hypnose oder des Verfahrens von *Kaufmann*, *Jendrassik* u. a. sprechen überzeugend für die rein funktionelle Natur auch der lange bestehenden Kriegsneurosen und gegen die von *O.* aufgestellte materielle Erschütterungstheorie. *S.* hofft, daß *O.* unter dem Eindruck des sich immer mehr häufenden Tatsachenmaterials seinen Standpunkt aufgeben wird, analog wie einst *Michel* und *Pflüger* in den von ihnen jahrelang vertretenen Lehren, deren Unrichtigkeit sie schließlich selbst zugegeben haben.



Simons-Berlin: Wer lange genug psychogen akinetisch ist (schlaffe Lähmung, Kontraktur), bekommt eine mehr oder minder starke Knochenatrophie. Sie unterscheidet sich gar nicht oder nur unwesentlich von der durch passive Ruhigstellung (z. B. Fixationsverbände), der bei peripheren Lähmungen oder traumatischen Hemiplegien (Vorzeigen entsprechender Röntgenaufnahmen). Die Knochenveränderungen bei den genannten psychogenen Zuständen ist ein reine Inaktivitätsatrophie, ebenso wie die starke Muskelatrophie, die man nach längerer psychogener Akinesie sieht. Die Röntgenbefunde werden an anderer Stelle genauer beschrieben. Bei Schußverletzungen der Arme oder Beine pfropft sich die psychogene Kontraktur oder Lähmung meist auf die Seite der Verletzung. Wer unverletzt ist (z. B. uneingezogener Landsturm, Verschüttete), bekommt, wie *S.* schon vor einem Jahre betont hat, meist die Lähmung der Kontraktur links. Von 22 Rechtshändern bekamen z. B. 4 eine Rechts-, 18 eine Linkslähmung. Ob die Verhältnisse überall so liegen, weiß *S.* nicht; in seinen Kriegserfahrungen war jedenfalls das Überwiegen der natürlich unbewußten oder instinktiven Linkswahl bei Unverletzten bemerkenswert. Die Abschwächung der Reflexe an den Beinen, die *Schuster* bei der Hysterie fand, sah *S.* nur bei organischen Veränderungen, besonders nach der so häufigen, unbemerkt überstandenen leichten Polyneuritis und Poliomyelitis. *S.* sah erst vor wenigen Tagen auf einer Station für Ruhrkranke mehrmals bei Genesenden Fehlen oder Differenz der Achillesreflexe, Druckschmerz der Waden und Nervenstämme; Trägheit der Pupillenreaktion, die *Schuster* sah, wurde mehrfach gesehen, aber so lange nicht im dunklen Raume oder bei genügender psychischer Ablenkung untersucht wurde. Wenige Male wurde schnellster, kleinschlägiger Klonus der Recti interni beobachtet. Die Augen flogen so schnell wie Libellen gegeneinander. Bei Offizieren sah *S.* wie auch *H. Curschmann* niemals Taubheit oder Blindheit, sehr selten psychogene Lähmungen und Kontrakturen, meist Pseudoischias, Pseudolumbago. Nach Äthernarkose schwand in keinem Falle eine psychogene Lähmung. *S.* warnt vor stundenlanger Faradisation, die von einzelnen zum Teil noch durch „roborierende" Maßnahmen (Verlegen auf den psychiatrischen Wachsaal) verstärkt wird. Der Einfluß auf die nicht ärztliche Assistenz ist entschieden ungünstig, auch sind auf entsprechende Beschwerden kriegsgerichtliche Maßnahmen gegen die Behandler nicht ausgeschlossen.

Antrag von *C. S. Freund*-Breslau: Im Interesse der Verhütung einer Verschlimmerung bzw. einer Fixierung psychogener Krankheitssymptome ist es eine dankenswerte und notwendige Aufgabe der an der Front bzw. in den vordersten Kriegslazaretten tätigen Psychiater und Nervenärzte, die in ihren Truppenverbänden stehenden Nichtfachärzte über den Nutzen und die Notwendigkeit einer frühzeitigen sachkundigen psychischen Einwirkung auf Kriegsbeschädigte durch beruhigenden und aufmunternden Zuspruch zum Zwecke der Zurückdrängung und Ablenkung krankmachen-



der Vorstellungen zu belehren. Unter Hinweis auf die Lehren von *Böttiger* und von *Babinski* sind die Nichtfachärzte anzuhalten, die erste Untersuchung auf Nervensymptome den Fachärzten zu überlassen. Es wird dadurch die Gefahr des Ansuggerierens psychogener Krankheitssymptome durch den Arzt möglichst vermieden werden. Zur Durchführung einer solchen prophylaktischen Therapie ist eine Vermehrung der Fachärzte an der Front bzw. in den vordersten Kriegslazaretten im Sinne des *Lilienstein*schen Antrags notwendig.

Liebers-Dösen hat auch sehr gute Erfolge mit der Anwendung starker Wechselströme erzielt, hält aber, da die Methode doch gewisse Gefahren mit sich bringen kann, die vorherige Einwilligung des Kranken für unbedingt notwendig. Nach seinen Erfahrungen ist aber nur ein beschränkter Teil der Patienten, eben nur ein Drittel, der Hypnose zugänglich. Auch empfiehlt es sich, das Wort Hypnose möglichst den Kranken gegenüber zu vermeiden, da es bei vielen Kranken störende Gegenvorstellungen auslösen kann und da viele sich gegen eine „Vergewaltigung ihrer Psyche" sträuben.

Meyersohn weist darauf hin, daß der Krieg nicht bloß Neurosen schafft, bzw. Neurotiker zu schädigen imstande ist, sondern auch im Gegenteil sie günstig zu beeinflussen vermag. Er erwähnt als Beispiel einen hysterisch psychopathischen Menschen mit Tic, der es mit Mühe durchgesetzt hat, überhaupt dem Militärdienst überwiesen zu werden, dann aber alle Strapazen des Krieges mit dem besten Erfolg durchgemacht hat. Bemerkenswert ist es, daß er während eines Urlaubes unter dem Einfluß seiner altgewohnten Umgebung in der Familie bald seinen alten Tic wieder bekam, ihn aber sofort wieder los wurde, als er von neuem ins Feld zog.

Lienau-Hamburg berichtet über die Erfahrungen, welche er als Oberarzt der Nerven- und psychiatrischen Abteilung der Ostseestation Kiel während der ersten 20 Monate des Krieges gemacht hat: 1. Krankheitsformen, die man als Kriegsneurosen sui generis bezeichnen könnte, wurden nicht beobachtet. 2. In ätiologischer und symptomatologischer Beziehung sind außer dem selbstverständlichen Marinekolorit neue Momente nicht zu nennen. 3. In fast allen Fällen war die Psychogenie der Symptome offenbar. 4. Kräftige, einwandfreie Leute erkrankten unter der Gewalt der Ereignisse gelegentlich auch. 5. Schußverletzte zeigten auffallend selten neurotische Symptome. 6. Der Begriff „traumatische Neurose" sollte als eine interessante und dankenswerte wissenschaftliche Episode der Vergangenheit überliefert werden. 7. Die Hypnose wurde mehrfach mit glänzendem Erfolg angewendet und war auffallend leicht. Sie ist indiziert, wo andere Methoden versagen oder nicht genügend schnell zum Ziele führen.

Wilmanns-Heidelberg: *Oppenheims* Angabe, wonach die Zahl der Neurosen in den Gefangenenlagern größer sei als von *Lilienstein* u. a. an-

gegeben sei, trifft nicht zu. Unter 80 000 Gefangenen in den Lagern des XIV. Armeekorps befanden sich 5 Hysterische, darunter nur eine hysterische Schreckneurose (nach Verschüttung). Beachtenswert ist: unter 20 000 zur Internierung in der Schweiz vorgeschlagenen Kranken befand sich nach Bericht der militärärztlichen Austauschkommission kaum eine Neurose, und das gleiche gilt von den in der Schweiz internierten Deutschen, unter denen sich zahllose Neurastheniker, vasomotorische Neurosen usw. finden, aber keine Schreckneurosen. — Die Vermehrung von Lazaretten für Nervenkranke hinter der Front ist dringend nötig. Die Verlegung der Neurotiker in das Heimatgebiet wirkt äußerst ungünstig und krankheitfördernd. Besonders ungünstig wirkt ihre Verlegung in das Lazarett des Heimatortes; diese sollte grundsätzlich verboten werden. — Die Verkennung hysterischer Störungen als organische ist etwas ganz Gewöhnliches: es ist unbedingt erforderlich, daß die fachärztlichen Beiräte für Psychiatrie und Neurologie in enger Fühlung mit den Ärzten in orthopädischen Lazaretten (Kontrakturen, Lähmungen usw. hysterischer Natur), den urologischen Lazaretten (hysterische Blasenstörungen), den Lazaretten für Ohrenkranke (hysterische Ertaubung) stehen. Daß hysterisch Erkrankte Berufsumschulungen durchmachen und Anstellungen bekommen, ist recht gewöhnlich. Das wirkt krankheitfördernd und muß vermieden werden. Forschungen über das Schicksal der aus dem Heeresverbande entlassenen, zumeist in Sonderlazaretten behandelten Kriegsinvaliden haben gezeigt, daß etwa 75 % nicht gebessert, zum Teil verschlechtert sind. Von ungünstigen Einfluß waren hier die Angehörigen, oft auch die Ärzte; Begehrungsvorstellungen, Kriegsangst u. a. verstärkten die Krankheit. Es ist dringend erforderlich, diese Kriegsinvaliden wieder einzuziehen und einer sachgemäßen Behandlung zu unterwerfen. — Die Speziallazarette haben sich bewährt. Die Gefahr der Ansteckung im Frontlazarett ist geringer als die Gefahr der Verschleppung der Störungen in Heimatlazarette. Die Art der Behandlung wird sich nach dem Wesen der Persönlichkeit der Ärzte richten müssen. Die Hypnose wirkt in zahlreichen Fällen günstig, liegt aber vielen Ärzten nicht. Das Ergebnis der Behandlung mit starken Strömen ist äußerst günstig: die Rentenhöhe betrug bei 317 Neurotikern vor der Behandlung etwa 130 000, nach der Behandlung 13 000 M. — Bewußte Übertreibung und Vortäuschung von Beschwerden und wahrheitwidrige Angaben über die Entstehung der Läsionen sind recht häufig. Die Ärzte werden daher den Mitteilungen der Kranken über Verschüttung, Granatkontusion und dergleichen die nötige Kritik entgegenbringen müssen.

Rieder-Koblenz: Die zur Behandlung gewisser hysterischer Störungen empfohlenen Methoden (Hypnose, die sogenannte *Kaufmann*sche) führen selbstverständlich an der Hand des erfahrenen Facharztes zu einer gewissen Heilung. Ich bevorzuge in der jetzigen Zeit, in der die Ärzte nicht nur dem einzelnen Kranken gegenüber verantwortlich sind, sondern ebenso der Allgemeinheit, in der Mehrzahl der Fälle in der Heimat die *Kaufmann*-



sche, und zwar so, daß ich die Kranken in Einzelkabinen bringe, psychanalytisch vorbereite. Der *Kaufmann*schen Methode liegt vom militärischen Standpunkt eine enorm wichtige Tatsache zugrunde, die im Wachzustande herbeigeführte Wiedererziehung zum Gehorsam, die Unterordnung des eigenen Willens unter einen andern. Wichtig ist die Nachbehandlung. Hier besonders geeignet, wie bei den Arm- und Beinverlusten, das militärische Turnen unter ausgebildeten Turnlehrern. An die Hypnosebehandlung muß fast in allen Fällen eine militärische Hand wieder angelegt werden. Offiziere eignen sich schwerer zur Kaufmann-Behandlung, da das Subordinationsverhältnis fehlt. Die Behandlung darf nur durch erfahrere Fachkraft erfolgen. Das militärische Turnen wird mit anschließender Arbeit unter Bezahlung bis zur V. G.-Erklärung fortgesetzt. Zur Behandlung der Hysterie stets Einverständniserklärung des Kranken in Gegenwart von Zeugen. Attestprüfung der funktionellen Neurosen bei den Sanitätsämtern nur durch Fachärzte. Einrichtung von Nervenlazaretten in der Nähe der Front bzw. der Etappe richtet sich nach Lage der kriegerischen Verhältnisse. Hinweis auf die vom preußischen Kriegsminister gegebenen Gesichtspunkte, die recht oft und genau gelesen werden müssen.

Mohr-Koblenz will die Bedeutung der Wechselwirkung zwischen Physischem und Psychischem und des daraus entstehenden Circulus vitiosus stärker hervorgehoben wissen und glaubt, daß dadurch eine Verständigung in manchen Streitpunkten möglich wäre, weil so die Schwere mancher Neurosen erklärbar wird. Ein solcher Circulus vitiosus kann nur von der psychischen Seite her in Angriff genommen werden. Ein wesentliches Ergebnis aber der heutigen Verhandlungen ist nun gewiß die allgemeine Erkenntnis der absoluten Überlegenheit einer wesentlich psychischen Behandlung, und es wäre von großer Wichtigkeit, wenn diese Erkenntnis einem möglichst weiten Kreis von Ärzten zugänglich würde. Das hätte zugleich auch auf das Laienpublikum und die Allgemeinheit eine günstige Wirkung.

Weiß-Wien schließt sich *Stransky* im allgemeinen an.

Nägeli-Tübingen: Eine sehr große Zahl Neurosen bietet keinerlei grobe äußerliche Erscheinungen; diese Gruppe ist hier entschieden zu kurz gekommen. Solche Leute können aber kaum anders als durch Psychotherapie im üblichen Sinne, nicht durch zu eingreifende Verfahren behandelt werden. Vielleicht noch mehr Neurosen als in Nervenlazaretten liegen aber auf medizinischen Abteilungen unter allen möglichen Diagnosen (Herz-, Lungen-, Magen-, Darmleiden, Ischias, Rheumatismus). Der psychologisch denkende Arzt wird sie nicht verkennen. Schwierigkeiten entstehen hier, weil unter diesen Leuten zweifellos Aggravation und Simulation nicht selten sind, zumal es sich fast immer um Leute handelt, die nie an der Front waren. Auch hier muß später einmal noch genauer darüber gesprochen werden, wie denn überhaupt die Endresultate in vielen Fragen

16*



erst weitere Klärung bringen werden. Ein lebhafteres Zusammenarbeiten zwischen Neurologen und Internen sollte aber in bezug auf manche Symptome stattfinden. Ich habe das unlängst im Neurol. Ztlbl. betont. Natürlich sieht der Interne z. B. auch Fieber bei seinen Neurosen, aber er deutet den Befund auf Grund seiner anderweitigen Untersuchungen (Röntgen, Tuberkulin usw.) anders und berücksichtigt die physiologischen Schwankungen viel mehr. Für das Verschwinden des Radialpulses in einem gelähmten Gliede käme beispielsweise in Betracht, daß neben den sehr häufigen Abnormitäten des Radialisverlaufs der Puls weniger fühlbar wird durch niedrigen Blutdruck, vasomotorische Verhältnisse (die Gefäße der juvenilen Sklerose *Rombergs* werden z. B. bei Fieber weich und sind nicht mehr zu fühlen). In gleicher Weise kann rascher Puls einwirken, und es kommt in Betracht, daß bei Inaktivität die Blutversorgung allmählich wesentlich geringer wird. Die Kritik *Oppenheims* gegen die Endresultate bei Unfallneurosen kann ich nicht unwidersprochen lassen. Die Ergebnisse sind nicht vom Neid der Nachbarn abhängig. Hier sind durch die genauesten Erhebungen über die Erwerbsverhältnisse (Lohnliste) über Jahre hin die Verhältnisse in bezug auf Verdienst in unangreifbarer Weise klargestellt.

M. Goldstein-Halle: Bei der französischen Bevölkerung kommen keine traumatischen Neurosen zur Beobachtung, trotzdem viele Ortschaften häufig wochenlang fast täglich von schwerem Artilleriefeuer heimgesucht werden. Die Truppen, die sich aus Industriekreisen rekrutieren, werden leichter von Neuroseepidemien heimgesucht als die aus der Landbevölkerung. Es muß das Ziel sein, die Neurotiker möglichst bald nach Entstehung ihrer Krankheit durch Suggestions- und Überrumpelungsverfahren von ihren Symptomen zu befreien.

Lange-Breslau: Ich möchte nur mit einigen Worten darauf eingehen, was *Mohr* über den Circulus vitiosus zwischen den klinischen Erscheinungen der Neurosen bei Kriegsbeschädigten und latenten organischen Krankheitszuständen gesagt hat. Zweifellos spielen diese Zusammenhänge eine große, viel zu wenig betonte Rolle, und es muß meines Erachtens unsere Aufgabe sein, ihnen so weit als irgend möglich nachzugehen. Es ist doch in vielen Fällen so, daß der hysterische Symptomenkomplex gewissermaßen in den erwähnten Circulus vitiosus eingeschaltet ist und der Behandlung trotzt bzw. nach ursprünglicher Beseitigung rasch rezidiviert, solange jener Zirkel nicht gesprengt ist. *Mohr* hat bedauert, daß wir da oft keinen sicheren Punkt zum An- bzw. Eingreifen hätten. Ich möchte mir nur erlauben, Ihre Aufmerksamkeit auf einen krankhaften körperlichen Reizzustand hinzulenken, der bei Kriegsneurosen nach meiner Erfahrung ganz außerordentlich häufig vorkommt, nämlich eine ganz ungewöhnliche Druckempfindlichkeit der sogenannten Druckpunkte am Schädel. Es sind dies die Ansatzstellen besonders des M. orbicularis oculi, levator palpebrae, temporalis, masseter, sterno-cleideo-mastoideus und der



Nackenmuskeln. Die Empfindlichkeit ist oft so groß, daß schon bei leisestem Druck die Kranken zurückzucken. Ich habe es mir angelegen sein lassen, diese Zustände durch manuelle bzw. instrumentelle Vibrationsmassage systematisch zu behandeln, und kann Sie nur dringend bitten, auch ihrerseits darauf zu achten. Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Neigung zu Schwindel und andere auch nur wenig ins volle Bewußtsein tretende Beschwerden verschwinden bei dieser Behandlung zusehends, und damit steigt die Raschheit, Sicherheit und Dauerhaftigkeit der Hysteriebehandlung. Bezüglich dieser letzteren bemerke ich, daß wir das Gute nehmen, wo wir es finden, und alle möglichen Behandlungsarten wahlweise anwenden. Alle geben gute Resultate. Wichtig erscheint mir nur, daß vor dem eigentlichen therapeutischen Schlußakt der Kranke so gut suggestiv vorbereitet wird, daß es gleichsam nur einer Einschaltung des schon — wieder — paraten gesunden „Komplexes" bedarf. Wenn wir hierzu uns des faradischen Pinsels bedienen, so wenden wir, wie ich hervorheben möchte, nur Stromstärken an, wie wir sie tagtäglich bei unseren organischen Lähmungen ohne Schaden anzuwenden gewöhnt sind. Gewiß ist das manchmal schmerzhaft, aber der springende Punkt ist doch, daß eben der Hysterische viel stürmischer darauf reagiert. Wenn solcher Kranker also bei Strömen, wie sie Dutzende von organisch Gelähmten tagtäglich ohne ernstes Sträuben ertragen, erklärt: „Das halt' ich nicht aus, das ist für mich zu stark", so, meine ich, sollte man hierauf nicht allzu viel geben und sich dadurch von der energischen Durchführung seiner ärztlichen Absicht keinesfalls beeinflussen lassen.

Löwenthal-Braunschweig hält den Zeitpunkt für eine Entscheidung in Sachen der traumatischen Neurose nicht für gekommen, hofft aber für die Zukunft auf eine Anerkennung nervöser Symptome mit organischem Hintergrund, da solche Zwischenglieder zwischen ausgesprochen organischen Läsionen und psychogenen Störungen a priori existieren müssen. Bezüglich der Therapie lobt *L.* das *Kaufmann*sche Verfahren, nur in der Form der ärztlichen (nicht disziplinaren) Handhabung und mit sorgfältiger Nachbehandlung.

Knauer-München hat an der Front gute Erfahrung mit der Behandlung von Kriegsneurosen gehabt, konnte 68 % geheilt zur Front entlassen. Wichtig ist die Fühlung mit den Truppenärzten. An der Front können alle Angaben der Kranken gut kontrolliert werden, was im Heimatlazarett kaum mehr möglich ist. Wichtig ist auch die forensisch-psychiatrisch-neurologische Tätigkeit der Fachärzte. *K.* fand ebenfalls eine wesentliche Verschiedenheit der einzelnen Volksklassen gegenüber der neurotischen Erkrankung.

Kohnstamm-Königstein weist auf die Bedeutung des „Katatonusversuchs" für das Verständnis der Entstehung von Kontrakturen usw. hin. Es entsteht hier an der betreffenden Innervationsstelle eine „Sejunktion". Auch neurasthenische und disharmonische Symptomenkomplexe



können auf Sejunktion beruhen. Was in der Art der Katatonuskontraktur nicht psychogen, aber psychisch beeinflußbar ist, nenne ich „psychoklin". Hinweis auf den *Hoche*schen Fall von Blitztrauma, in dem Schmerzen und vasomotorische Störungen jedesmal 2 Tage vor einem Gewitter auftraten. Empfehlung der „poliamnestischen" (Abreaktions-) Methode bei gut hypnotisierbaren Fällen. Sofern anamnestische Komplexe mitwirken, erscheint der Fall als „schizothym". Warum ein Redner das „defekte Gesundheitsgewissen" mit seinem Bannfluch belegte, ist mir unerfindlich angesichts der allgemein anerkannten Wirkung der Begehrungsvorstellungen, wofür ich lieber „Sekurität" sage. Bei Leuten mit strammem oder durch die Situation geschärftem Gesundheitsgewissen (Gefangenen) werden hysteroide Erscheinungen selten auftreten. Daß der Katatonusversuch die Brücke zum Organischen bildet, geht daraus hervor, daß bei gewissen Großhirnherden, die hinter den motorischen Zentren liegen, auf der gelähmten Seite der kataleptische Typus des Katatonus auftritt, ganz ähnlich, wie man ihn auch bei psychisch Labilen erzeugen kann. Wahrscheinlich sind die Stammganglien das Zentrum der tonischen Komponente, die beim Katatonusversuch zur Demonstration kommt.

Oppenheim (Schlußwort): Ich hatte in der Einleitung zu meinem Referat gesagt, daß mir die schwerste Aufgabe zufällt. So schwer hatte ich sie mir freilich nicht vorgestellt. Und es gehört schon die ganze Kraft der durch ernste Arbeit errungenen Überzeugung dazu, um diesem Ansturm von Gründen und Beweisen gegenüber standzuhalten. Ich habe immer das Prinzip gehabt: „Verwende den Stein, mit dem man dir dein Haus zerschmettern wollte, zum Bau deines Hauses." Ich werde das wieder versuchen, glaube aber, daß ich über die Zugeständnisse, die ich in meinem Referat gemacht habe, nicht hinauskommen werde. Zunächst habe ich *Saenger* zu begegnen. Er hat versucht, durch Anwendung des *Kaufmann*schen Verfahrens eine völlige Umstimmung bei mir herbeizuführen. Ich weiß nicht, was ich an dem Vorgehen *Saengers* am meisten bewundern soll, aber doch wohl am meisten die Naivität, daß er wähnt, nach allem, was ich hier vorgetragen und demonstriert habe, könnte ich in dem Kern der Sache zu einer andern Anschauung gelangen als der von mir bisher vertretenen. Ich beuge mich auch keinen Majoritätsentscheidungen. Und es ist eine vollkommen unrichtige Wiedergabe meiner Darlegungen, wenn *S.* es so hinstellt, als hätte ich in den wesentlichsten Punkten etwas zurückgenommen. Ich habe nur gesagt, daß ich die Verbreitung der Hysterie unter den Kriegsverletzten früher unterschätzt hätte. Daß sie häufig vorkommt, habe ich schon in meiner ersten Arbeit gesagt. Aber die weiteren Erfahrungen haben gelehrt, daß die hysterische Diathese doch noch viel verbreiteter ist, als ich ursprünglich gedacht hatte. Ferner habe ich in den praktichen Konsequenzen, in der Rentenfrage, den allgemeinen Erfahrungen Rechnung getragen. Das ist alles, und mehr vermag mir auch der Angriff *S.*s nicht zu entlocken. Es ist mir freilich schmerzlich, daß meine so überzeugenden



Demonstrationen so wenig Eindruck gemacht haben, und daß es fast scheint, als ob ich in den Wind gesprochen habe. Aber da es *S.* so hinstellt, als ob ich mit meiner Meinung vollkommen isoliert daständе, will ich Ihnen aus vielen Zuschriften nur einen Brief *Bruns*' vorlesen, in dem er bezüglich der Akinesia amnestica, der Reflexlähmung und Innervationsentgleisung alle meine Beobachtungen bestätigt (geschieht). Das ist doch eine Stimme, die sich hören lassen kann. Erwünschter wäre es mir gewesen, wenn *S.* auf meine Frage, was er unter Kommotionsneurose versteht, eine Antwort erteilt hätte. In den Referaten von *Nonne* und *Gaupp* und in dem, was die Mehrzahl der Diskussionsredner vorgetragen hat, hat zweifellos die Lehre triumphiert, welche alles, was die Kriegstraumen an funktionellen Neurosen hervorbringen, auf psychogenem, und zwar vorwiegend auf ideogenem Wege vermittelst der Begehrungsvorstellungen und des Timor belli entstehen läßt. Dabei ist mein Hinweis auf den Doppelsinn des Wortes „psychogen“ leider kaum berücksichtigt worden. Es ist jedenfalls eine Erscheinung, die den Unbefangenen aufs höchste überraschen muß, daß in einer Versammlung der kompetenten Neurologen und Psychiater die gewaltigen Insulte des Krieges so gering geschätzt werden, daß man ihnen — soweit sie nicht organische Schädigungen verursachen — allerhöchstens einen flüchtigen Eindruck auf Seele und Körper zuschreibt. Ich schmeichle mir natürlich nicht, daß ich mit meiner entgegenstehenden Meinung hier im Kreise noch durchdringen werde, aber ich halte es für meine Pflicht, hervorzuheben, daß ich von der Berechtigung dieser Anschauung keineswegs überzeugt worden bin, und daß ich nach wie vor der Ansicht bin, daß die psychischen und mechanischen Angriffe auf das Nervensystem dieses zwar sehr oft nur in leichter, flüchtiger, aber ebenso auch in tiefgreifender, nachhaltigster Weise schädigen können. — Nun zu einzelnen Fragen. *Nonne* hat uns ja im Bilde und am Objekt gezeigt, daß ein Teil dieser Zustände durchaus dem längstbekannten Verhalten der hysterischen Krankheitsformen entspricht, ebenso leicht produziert wie hinweggezaubert werden kann. Das war sehr schön und lehrreich, aber nicht einmal notwendig. Denn das wußten wir und ist nie, auch nicht von mir, geleugnet worden, daß echte Hysterie unter diesen Verhältnissen vorkommt und eine große Rolle spielt. Und das, was wir hier in der Hypnose entstehen sahen, war echte Hysterie, konnte durchaus willkürlich nachgemacht werden. Ich muß es aber unbedingt beanstanden, daß *N.* diese Zustände als Akinesia amnestica und Reflexlähmung bezeichnet hat. Die geringe Muskelatrophie allein macht die Reflexlähmung nicht aus, die absolute Atonie mit dem völligen Zurücktreten der Sehnen ist es, welche dem Bilde der Hysterie, wie wir es bisher kannten, durchaus fremd ist und auch willkürlich nicht einmal einen Moment hervorgebracht werden kann. Wir finden es nur bei den schwersten organischen Lähmungen peripherischen oder poliomyelitischen Ursprungs. Und gerade dieses Symptom hat in den Bildern *N.*s völlig gefehlt. Auch dieses Fehlen aktiver Muskel-



leistungen unter allen Umständen, auf das ich so viel Gewicht lege. Sie müssen doch zugeben, daß das mit unseren bisherigen Anschauungen von der hysterischen Lähmung in vollem Widerspruch steht, und Sie hätten wenigstens das eine Zugeständnis machen müssen, daß das ein neuer Gesichtspunkt ist. Nun sagt *N.*: Ja, wer kann das so bestimmt behaupten, daß nicht doch einmal eine aktive Muskelleistung vorhanden ist. Mit diesem Mißtrauen kommen wir nicht weiter. Es genügt vollkommen, zu wissen, daß es ein leichtes ist, bei der echten hysterischen Lähmung diese Inkonsequenz festzustellen, während es auch bei sorgfältigster Beobachtung nicht gelingt, etwas Derartiges bei den von mir besprochenen Zuständen nachzuweisen. Das sind essentielle Unterschiede, die man nicht mit einem: „Ja wer weiß?" abtun kann. *Nonne* hat nun auch historische Studien über die Reflexlähmung angestellt und gezeigt, daß auch das schon dagewesen ist. Der Name Reflexlähmung ist, wie ich von vornherein betont habe, ein alter; die Reflexlähmung bildet seit dem ersten Erscheinen meines Buches ein stehendes Kapitel in demselben; aber das waren doch ganz andere Dinge. Die Bezeichnung Reflexlähmung, wie ich sie seit Kriegsbeginn gebrauche, stellt etwas Neues dar, man mag die Deutung bekämpfen, aber das bescheidene Verdienst, das ich da für mich in Anspruch nehme, sollte man mir nicht bestreiten. Auch ich bitte die Herren, die von der Gewohnheitslähmung *Ehrets*, von dem Habituellwerden der Lähmung (ein Wort, mit dem ja nur die Tatsache umschrieben wird) sprechen, nicht zu vergessen, daß das wesentliche Element derselben — das Verlernen von Bewegungen — lange vor *Ehret* von mir beschrieben ist. *Ehret* hat ja auch nur einen speziellen Typus herausgegriffen. Aber etwas ganz Neues gibt es bekanntlich nicht. Eine ähnliche Theorie lag aber als Erklärung für die bemerkenswerte Erscheinung vor, daß junge Kinder nach lange bestehendem Blepharospasmus blind werden können. Doch genug von den Prioritätserörterungen, die gewiß nicht das Wesentliche sind. Ich muß trotz aller Mitteilungen und Demonstrationen dabei bleiben, daß die Myotonoklonie nicht immer ein hysterischer Zustand ist, sondern daß sie genau wie die Halsmuskelkrämpfe eine durchaus verschiedene Genese haben kann. Daß es einen echt hysterischen Typus dieser Art gibt, habe ich selbst gelehrt, aber ich habe in einer im Anfang dieses Jahres erschienenen Abhandlung auch die Beweise dafür erbracht, daß es eine nichthysterische Form gibt, bei der das Symptom des Crampus und der Klonismen durchaus unabhängig von mechanischen Momenten ist. Übrigens hat selbst *Strümpell*, der Ihnen in seinen Anschauungen näher steht wie mir, die Crampusneurose für einen nichthysterischen Zustand erklärt. Und *Schultze*, auf den sich *Saenger* beruft, ist in vielen Punkten ganz auf meiner Seite, besonders auch in der Ablehnung der psychogenen Entstehung aller Symptome und Symptombilder. Gegenüber *Voß* — einem der wenigen meiner Getreuen — muß ich bemerken, daß man natürlich die Bezeichnung Myotonoklonie nicht auf organisch-spasti-

sche Zustände anwenden darf, und diese werden durch *Rossolimo*s Zeichen immer bewiesen. *Nägeli* muß ich erwidern, daß natürlich ein abnormer Verlauf der Arteria radialis nicht in Frage kam. Die Erklärung, die er in bezug auf seine Schweizer Statistik machte, läßt meinen Einwand hinfällig erscheinen. Als ich *Nonne* gegenüber bei seiner Mitteilung über die hypnotischen Heilerfolge beim Zittern den Zwischenruf machte: Alle? — wollte ich wahrlich nicht daran Anstoß nehmen, daß die Heilung nur in einem Prozentsatz der Fälle gelungen sei. Im Gegenteil, ich bin ganz überrascht von den Erfolgen und kann sie nur bewundern. Aber gerade unter den 50 % Nichtgeheilten mögen die Fälle stecken, die eben nicht zur Hysterie gehören. Man soll doch nicht verallgemeinern und das Kind nicht mit dem Bade ausschütten. Es ist so viel von der Fixation als einem Kriterium der Hysterie gesprochen worden. Das verkenne auch ich nicht. Aber vergessen Sie doch nicht, daß der Fixation eine viel allgemeinere Bedeutung zukommt. Ich will gar nicht von der Perseveration der Aphatiker sprechen. Aber ich will an die Zwangsvorstellungen erinnern, ebenso an die Fixation der Schmerzen bei den Neuropathen (nicht nur bei Hysterie), auf die ich vor einigen Jahren hingewiesen habe. Wenn Sie das alles hysterisch nennen, wo sind dann die Grenzen zu finden? Und nun ein Wort zu den Begehrungsvorstellungen. Es ist doch eine beachtenswerte Erscheinung, daß von dem Mutismus und dem Stottern ganz vorwiegend die Jugendstotterer, von der Incontinentia urinae die Kindheitsenuretiker betroffen werden. Also die Erschütterung ergreift den Locus minoris resistentiae. Das deutet nicht auf Begehrungsvorstellungen. So erkläre ich ja auch die Bevorzugung der linken Hand. Noch ein anderes. Ich will mich nicht auf meine eigenen Mitteilungen berufen, aber in ganz gleichmäßiger Weise wird doch von *Muck*, *Kaufmann* u. a. das Glück der Leute geschildert, das sich nach gelungener Heilung kundgibt. Läßt sich denn diese Tatsache mit den Begehrungsvorstellungen und dem Timor belli in Einklang bringen? Ich muß dabei bleiben, daß als Folgen der Granatexplosionen und Verschüttung zwar sehr oft nur leichte, aber gelegentlich auch recht schwere nervöse Krankheitszustände vorkommen, die zunächst jeder Therapie trotzen und nur sehr allmählich weichen. Gerade da habe ich die entgegengesetzten Erfahrungen wie *Förster* gemacht bezüglich des Einflusses der Begehrungsvorstellung, in das Heimatlazarett entlassen zu werden. Gewiß ist das ein mächtiger Impuls, aber auch er hat nicht die Macht, die schweren Krankheitserscheinungen zum Weichen zu bringen, die wir unter diesen Verhältnissen in einem Teil der Fälle beobachteten. Und nun die Dispositionsfrage. Sie ist ja eigentlich eine rein theoretische. Denn wir haben kein Recht, in unserer praktischen Beurteilung einen andern Maßstab anzulegen, wenn sich nachweisen läßt, daß irgendein Großonkel des Patienten ein schrullenhafter Mann gewesen ist oder einen Hohlfuß gehabt hat. Ich möchte wohl wissen, wieviel Menschen vor dem Urteil dieser gestrengen Herren als Nichtpsychopathen übrig blieben.



Meine Herren! Zwei große Übel galt es zu vermeiden: die Überschätzung und die Unterschätzung der uns beschäftigenden Krankheitszustände. Die erste Gefahr ist dank der Gesinnung der Majorität, wie sie hier vertreten ist, sicher vermieden worden. Aber ich sehe in bezug auf die andere Klippe mit großer Besorgnis der nächsten Zukunft entgegen. Hysterie — Begehrungsvorstellungen — Simulation, das ist jetzt die bequeme Fahrstraße für jeden Praktiker und Gutachter. Ja, und wäre es noch die alte harmlose Hysterie, wie wir sie früher kannten. Wenn ich so sehe, was jetzt mit dem Namen „Hysterie" gedeckt wird, drängt sich mir immer der Vergleich mit dem Knabenhemd auf dem Körper eines ausgewachsenen Mannes auf. Zwei Drittel der Körperoberfläche bleiben unbedeckt. — Die Hysterie ist jetzt über alle Ufer getreten, und nichts ist vor ihr sicher. Die dauernde Zyanose, das Schwinden des Radialpulses, die trophischen Störungen an den Knochen und Nägeln, die Hyperidrosis und Anidrosis, die Alopecie, das fibrilläre Zittern und die Myokymie, die Crampi, die weiten, trägen Pupillen — und von da ist nur ein Schritt bis zur Pupillenstarre —, die Abschwächung der Sehnenphänomene — und von da ist nur ein Schritt bis zum Schwinden derselben —, alles das darf und muß jetzt Hysterie genannt werden. *Wollenberg* hat es so dekretiert: Fort mit dem Namen „traumatische Neurose"!, und *Sänger* hat mich zu einem „Pater peccavi" aufgefordert. Daß die Hysterie eine Krankheit ist, wird dabei allenfalls zugestanden, aber ebenso bestimmt wird betont, daß sie ohne scharfe Grenzen in die Simulation übergeht. Und *Jolowicz* — ein Arzt an der Front — hat uns gelehrt, daß zum Nachweis der Simulation schon die Feststellung genügt, daß irgendeine Angabe unwahr ist; von kranken Simulanten scheint er überhaupt nie gehört zu haben. Begreifen Sie, meine Herren, daß ich den Folgen unserer heutigen Diskussion mit schweren Bedenken entgegensehe, und daß es mich zum Schluß noch einmal zu einem Mahnwort drängt? Wenn ich auch die Ansicht hege, daß meine Lehren einmal zu einer trivialen Wahrheit werden, so mag doch eine lange Zeit darüber vergehen. Mögen deshalb die Herren, die auf mein Wort bisher einiges Gewicht gelegt haben, insbesondere meine Schüler, es nicht aus der Erinnerung verlieren, daß ich gegen einen großen Teil der Anschauungen, welche auf dieser Jahresversammlung vertreten worden sind, zwar in aller Bescheidenheit, aber auch mit der ganzen Bestimmtheit der innersten Überzeugung Einspruch erhoben habe.

Nonne (Schlußwort): Die Verhandlungen haben bewiesen, daß die Befürchtung, das Thema sei schon allseitig oft genug behandelt worden, unbegründet war. Wir alle haben Neues gelernt. *Aschaffenburg* gegenüber betont *N.*, daß im Bereich seiner Wirksamkeit in Stadt und Provinz von einer inhumanen oder engherzigen oder Mangel an Anerkennung tragenden Behandlung der Kämpfer nicht im entferntesten die Rede sein könne; der beste Arzt für jeden Kranken sei der, der ihn heile — auch wenn der Weg zur Heilung dornig sei. Zur Methode von *Kaufmann* ist zu



sagen, daß sie keineswegs „brutal“ sein muß; diese Bezeichnung lehnt *N.* ab; die „Uniform“ ist nicht nötig, aber eine gute Hilfe; die Hauptsache bleibt auch bei dieser Methode der Arzt und sein fester Wille, den Kranken nicht aus den Händen zu lassen vor erzielter Heilung. *N.* läßt nur mit dem faradischen Strom arbeiten. *Wohlwill* heilte von 11 Fällen 6, *Paschen* von 15 Fällen 13; dabei hat *N.* erst vor wenigen Wochen diese Methode auf seiner Abteilung eingeführt; die Bezeichnung „pia fraus“ paßt für die Methode, die das Gegenteil von „fraus“ darstellt, nicht. Für Offiziere eignet sich die Methode wahrscheinlich nicht, das ist Sache des „Taktes“; Frühbehandlung ist nur da gestattet, wo alle körperlichen Erschöpfungszustände fehlen. Nach dem Kriege wird die Methode voraussichtlich vom Schauplatz abtreten. — Zur „Reflexlähmung“ entgegnet *N. Oppenheim*, daß die zwei von *N.* im Bilde vorgeführten Fälle beweisen, daß diese Lähmungen, auch wenn sie alle die von *O.* beschriebenen Merkmale — einschließlich Hypotonie und Knochenatrophie — bieten, auf psychischem Wege geheilt werden können; es handelt sich demnach um funktionelle Lähmungen; ob man das „hysterisch“ nennen will, ist offen zu lassen; die Fälle verdienen weiteres Studium. Bei den Fällen von „Akinesia amnestica“ — das hat auch die Debatte ergeben — ist ein Wesensunterschied gegenüber hysterischen Monoplegien nicht erwiesen. Die Granatexplosionsschädigungen stellen sich — das ist ebenfalls jetzt erwiesen — in vielen Fällen auch da, wo langdauernde Bewußtlosigkeit bestanden hat, als funktionelle Neurosen dar, das beweist die prompte Heilbarkeit auf psychischem Wege, wie sie auch in der Diskussion vielfach betont wurde. Streng zu sondern sind die Fälle mit somatischen Störungen, sei es mit, sei es ohne Kombination mit funktionellen Störungen. Zur Hypnose sich die Erlaubnis zu erbitten, ist, wie *N.* vom Sanitätsamt eines Korps weiß, nicht nötig; das Reden mit den Kranken über das, was man will, kann den Weg zur Heilung nicht sperren. Es ist eine theoretische Erwägung am grünen Tisch, wenn man sagt, die Hypnose macht „weich“; *N.* exemplifiziert auf 4 Fälle, die bei Verdun, an der Somme und an der galizischen Ostfront seit Monaten in schweren und schwersten Kämpfen stehen, ohne rückfällig geworden zu sein, sowie auf viele Fälle, die wieder im bürgerlichen Leben stehen. *N.* warnt noch einmal, irgendwie mit den Leuten zu experimentieren; Heilsuggestion und damit Schluß! Sicherlich ist eine Nachbehandlung im Sinne der Re-Edukation (militärische Disziplin) nötig; dazu mag das militärische Turnen ein treffliches Mittel sein. Allgemein anerkannt ist, daß die Arbeit heilt, die Werte schafft, d. h. die dem Mann Verdienst bringt; daß aber auch dann nicht immer Neigung für Arbeit besteht, beweisen schon heute praktische Erfahrungen, die Arbeitgeber gemacht haben. *N.* wirft keineswegs alles zur Hysterie, ebensowenig wie *Gaupp*, sondern *N.* hat dargelegt, daß viele Krankheitsbilder in ihrer Entstehung zu begreifen sind, wenn man auf die *Kraepelin*sche Auffassung von der Reminiszenz von uralten Schutz- und Abwehrmechanis-



men zurückgreift. *N.* berechnet, daß unter diesem Gesichtswinkel der Begriff der Hysterie ein viel weiterer werden würde und den Begleitton des „nicht Standesgemäßen" verlieren würde. Die Hauptsache aber bleibt — und das ist viel wichtiger als der Streit um die Einordnung einzelner Symptomgruppen in bestimmte Kategorien mit neuen Namen —, daß nach dieser Debatte und gerade auch infolge dieser Debatte die Tatsache zu Recht bestehen bleibt, daß der Krieg im denkbar größten Stile bewiesen hat, daß das schwere somatische Trauma mit der Entstehung der allgemeinen „traumatischen Neurose" im Sinne *Oppenheims* nichts zu tun hat, daß dieses Krankheitsbild ein spezifisches nicht ist, daß ursächlich wirken psychische Traumen im weitesten Sinne, und daß die Begehrungsvorstellungen (das beweisen auch die Darlegungen von *Weiß* über die Bosnier) im modernen Kriege von einer früher nicht gedachten Vielseitigkeit sind. *N.* tritt noch einmal — mit *Wollenberg* und *Moser* — dafür ein, den Namen „traumatische Neurose" fallen zu lassen.

Gaupp (Schlußwort): Die Vorträge und Diskussionsbemerkungen der Redner dieser Tagung geben mir kaum Anlaß zu Nachträgen oder Berichtigungen meines Referats. Wie sehr der Affekt die klare Erfassung fremder Meinung erschwert und trübt, zeigt mir *Oppenheims* Schlußwort, in dem er behauptet, ich halte alles für Hysterie, in der Hysterie fast alles für ideagen und führe fast alles nur auf Begehrungsvorstellungen zurück. Das Wort „Begehrungsvorstellungen" kommt in meinem Referat überhaupt nicht vor, den Bereich des Ideagenen habe ich deutlich eingeschränkt, und daß ich nicht alles bei den Kriegsneurosen für Hysterie halte, hat sicher der erkannt, der mich ruhig angehört hat. Ich bitte *Oppenheim*, er möge mein Referat, wenn es im Druck vorliegt, noch einmal in Ruhe zu Hause studieren, dann wird er mir recht geben. Auch den Vorwurf, daß ich Steine nach ihm geworfen, lehne ich ab. Mir liegt natürlich alles Persönliche fern (— es ist schlimm, daß man dies überhaupt sagen muß —), es handelt sich nur um die Sache, und ich würde es namentlich in jetziger Zeit für ärmlich und kleinlich halten, wollte ich jetzt beim Kampf um die Klärung wichtiger Fragen der Wissenschaft und des Volkswohls irgendwelche persönlichen Interessen oder Stimmungen zu Worte kommen lassen. Das Mißliche bildlicher Ausdrucksweise zeigten mir die Ausführungen *Löwenthals*, vor allem sein Gleichnis vom Lichtstrahlenbündel. Erkenntnistheoretische Unklarheiten führen hier zur völligen Verkennung der wirklichen Sachlage. In der Frage der Hysterie stößt man immer wieder auf den gleichen Denkfehler: zuerst bestimmt man doktrinär, daß „dies und das" bei Hysterie nicht vorkomme, dann findet man „dies und das" bei Neurotikern und erklärt nun, es könne sich nicht um Hysterie handeln, weil eben „dies und das" bei Hysterie nicht vorkomme. Was aber bei Hysterie vorkommt, ist Sache der Erfahrung, nicht beliebiger Theorie. Wie tief seelische Vorgänge ins Körperliche hinabwirken, sahen wir in den Erfahrungen der Hypnose, die ja in



dieser Richtung den hysterischen Zuständen wesensverwandt ist. Als ich zur Tagung nach München kam, wußte ich genau, daß wir hier keine völlige Einigung erzielen würden. Was wir gesehen und erlebt haben, stimmt zwar weitgehendst überein, aber in der Deutung des Gesehenen sind wir Ärzte durch unsere eigene Entwicklung und Schulung bestimmt. *Oppenheim* sucht als verdienstvoller Meister exakter, gewissenhafter und zuverlässiger neurologischer Detailuntersuchung im neurologischen Zustandsbilde das Hauptmittel zur diagnostischen Klärung, wir Psychiater ergänzen dies durch die psychologisch-psychiatrische Gesamtanalyse der Persönlichkeit und durch die nachdrücklichere Bewertung der allgemeinen Erfahrungen soziologischer und statistischer Art. Meine Herren! Wenn wir jetzt auseinandergehen, so wollen wir uns eines vornehmen: wir wollen unsere Kranken so gründlich und sorgfältig neurologisch untersuchen, wie es uns *Oppenheim*, *Nonne* und *Förster* in diesen Tagen so trefflich vor Augen geführt haben, wir wollen sie auch in ihrer ganzen seelischen Struktur studieren, genau kennen lernen, wollen uns die Erfahrungen auf dem Gebiete der Kriegsneurosen in ihrer Gesamtheit stets vor Augen halten, wollen bei der Behandlung uns nicht von unwissenschaftlichen Gesichtspunkten leiten lassen, sondern den Weg einschlagen, der am sichersten zur Heilung führt, gleichgültig, ob wir ihn früher gern betraten, und wollen niemals vergessen, daß wir Ärzte unser ganzes Handeln jetzt in den Dienst der einen Aufgabe zu stellen haben: unserem Heere, unserem Vaterlande zu dienen.



Kleinere Mitteilungen.

Wahnideen im Völkerleben [1]).

Im vorigen Bande dieser Zeitschrift (S. 270 f.) habe ich *Friedmanns* „Wahnideen im Völkerleben" kurz berührt, eben nur so weit, als mir zur Abwehr der Vorstellung einer Psychopathia gallica nötig schien. Aber die Zeit des jetzigen Völkerringens bringt nicht nur „Wahnideen", die unsern Gegnern den Krieg gegen uns als notwendig für das Wohl ihrer Staaten und für die Sicherung der Zivilisation gegen deutsche Barbarei vorspiegeln, sondern auch „gesunde Ideen", die aus dem Drange der Not eine gewaltige Kraft erlangen, in solcher Fülle hervor, daß sie die Aufmerksamkeit immer wieder auf *Friedmanns* gedankenvolle Abhandlung [2]) zurücklenkt und geradezu auffordert, sich mit ihrem Inhalt auseinanderzusetzen.

Jene „Wahnideen im Völkerleben", die „teils in ihren Folgen sich als grauenhaft und verderblich erwiesen haben, teils mehr lächerlich und kindisch uns anmuten", und die zunächst als übernatürliche Wunderwirkung, später als epidemische Geistesstörung aufgefaßt wurden — die Besessenheits- und ähnliche Epidemien —, führt *Friedmann* unserem Verständnisse näher, indem er im Anschluß an *Bernheim* u. A. zur Erklärung ihrer Erscheinungen den Begriff der hypnotischen Suggestion und der Hysterie heranzieht. Jene tiefergreifenden Störungen „konnten aber nur erwachsen auf dem Boden von allgemein in den Massen des Volkes sich ausbreitenden erregenden Geistesströmungen absonderlichen Inhalts" (S. 206), wie sie auch jetzt noch überall entstehen können, „wenn die Agitatoren nur verstehen, die richtige Seite des Volksgeistes anzuschlagen, und wenn ihnen die Regierung dabei lange genug freie Hand läßt" (S. 207) (Dreyfushandel, Ritualmordhetzen, Anarchismus, Spiritismus usw.). Uns beschäftigt hier nur die Frage, wie solche Geistesströmungen ent-

---

[1]) Stark abgekürzt am 6. Juni 1916 in der Berliner Gesellschaft für Natur- und Heilkunde vorgetragen.

[2]) *M. Friedmann*, Über Wahnideen im Völkerleben. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, herausgegeben von Löwenfeld u. Kurella, Heft 7 u. 8. Wiesbaden 1901.



stehen, und nicht ihre gelegentliche Verbindung mit Ekstase, hypnotischer Überreizung, hysterischen Zuständen und ausgesprochener Geistesstörung Einzelner, wie sie *Friedmann* bei den Schamanen, in den Besessenheits- und Lykanthropieepidemien usw. aufweist. *Friedmann* beantwortet die Frage, wie überhaupt solche geistigen Massenwirkungen entstehen, mit Hilfe des Begriffs der Wachsuggestion, die ihre Wirkungen „in jeder Stunde in intensivster Art auf das ganze Menschengeschlecht ausübt". „Nicht nur die schon berührten fanatischen Geistesströmungen, die eigentlichen Wahngebilde der Völker, beruhen auf der gewöhnlichen Wachsuggestion, sondern alle Ideale, der ganze religiöse Glaube und selbst ein bedeutender Bestandteil des wissenschaftlichen Denkens sind ihr entsprungen. Ich hoffe unserer heutigen Psychologie nicht zu nahe zu treten, wenn ich mit einem gewissen Vorwurf ausspreche, daß sie den epochemachenden neuen Gesichtspunkt, der in der Suggestionsdoktrin enthalten ist, doch kaum annähernd nutzbar gemacht hat für das Verständnis dieser geistigen Massenerscheinungen. Was hat uns denn für das gewöhnliche wachgeistige Leben der Suggestionsbegriff Neues gelehrt? Er hat gezeigt, wie man einfach durch Erregen starker Vorstellungen das Denken der Menschen beherrschen und ihm absichtlich und künstlich einen bestimmten Inhalt aufdrängen kann, und zweitens, daß die Vorstellung an sich und allein eine selbständige geistige Macht bedeutendster Art ist. Das sind doch die beiden wesentlichen Momente, welche die Wachsuggestion gemeinsam mit der hypnotischen besitzt" (S. 213). Nur dürfe man die Macht der Wachsuggestion nicht auf eine Art von Fesselung der geordneten Überlegung oder auf eine Einengung des Blickfeldes der „Apperzeption" zurückführen, und auch der Hinweis auf die Affekt- und Gemütseinwirkung lasse noch recht wenig erkennen vom eigentlichen Wesen des Suggestivdenkens: „Die suggestive Vorstellung erregt nicht nur direkt eine subjektive Überzeugung, sondern sie ist lebhaft sinnlicher, anschaulicher Art, sie entsteht ohne Reflexion und ist geeignet; in Andere, ohne jede logische Begründung, eingepflanzt zu werden (zum Unterschiede von der Überredung), und sie erzeugt weiter einen starken Impuls zur Aktivität" (S. 215). So entstehe die Überzeugung bei allen großen Ideen. „Gründe, Motive sind an und für sich überflüssig und können sie etwa nur zu stützen helfen. Gegengründe bleiben unwirksam und werden ohne weiteres als Irrlehre verworfen" (S. 118). Den Gegensatz zum suggestiven Denken bildet das forschende, das reflektierende, das kritische Denken; bei ihm gehört zum Urteil „stets das Bewußtsein der Gründe, sowohl derer, die für, als derjenigen, die gegen das Urteil sprechen können. Die Forschungsresultate sind unabhängig vom subjektiven Element, und sie müssen für jeden, der zu reflektieren versteht, gleich verbindlich sein." Beim Forschen soll also „jede subjektive Überzeugung aufgehoben sein und nur der logische oder objektive Wert der Argumente und Tatsachen entscheiden. Unter kritischem Denken ver-

steht man somit die Hemmung, die Abwehr jeden subjektiven Faktors beim Urteilen, sie ist das Resultat der Erziehung, der Einübung, so gut wie die Selbstbeherrschung beim Handeln, nicht aber angeborene Eigenschaft des Geistes" (S. 219). „Mit andern Worten heißt es: gerade das kritische überlegte Urteilen beruht nicht auf einer primären geistigen Kraft, einem Organ der Intelligenz (Verstandeskraft, aktive Apperzeption); wo ein Bedürfnis besteht nach Begründung aller von einer Person aufzunehmenden oder festzuhaltenden Ideen, da ist dieses Bedürfnis anerzogen, und zugleich ist die Suggestibilität der Person von Haus aus eine geringe" (S. 220). Es bedarf also einer gewaltsamen Ausschließung der intellektuellen Kräfte gar nicht, um beliebige Vorstellungen zur subjektiven Überzeugung zu bringen; „einzige Bedingung ist ..., daß keine kontrastierenden Vorstellungen notwendig mit der aufzunehmenden auftauchen" (S. 221).

So können zahlreiche Ideen ohne positive Motivierung vom menschlichen Geiste Besitz ergreifen und ihn zu leidenschaftlicher Betätigung treiben. „Die einzige Bedingung, daß keine offenen Widersprüche solchen Ideen beiwohnen dürfen, hat offenbar um so geringeren hemmenden Wert, je kleiner die Summe positiver Errungenschaften ist, welche auf dem Gebiete der geistigen Forschungsarbeit vorliegt, oder welche der einzelne Mensch besitzt" (S. 232). Bei den die Massen erregenden Ideen kommen aber drei besonders wichtige Faktoren hinzu:

1. Intellektuelle Hemmungen pflegen nur so lange wirksam zu sein, als die Bewegung wenige Anhänger hat. „Denn die weitaus stärkste Hemmung für jeden einzelnen Menschen ist die Rücksicht auf die ihn umgebende öffentliche Meinung; durch dieses in erster Linie wieder suggestive, aber doch auch sehr starke praktische Moment wird der einzelne von der Geltendmachung, ja sogar von der eigenen Verfolgung solcher Ideen abgehalten, die für töricht oder verwerflich gelten würden. Und darin scheint mir auch ein sehr wesentlicher Grund zu liegen, warum wir abnorme Ideenbildungen, die bei Einzelnen sich ereignen, in intensiver und die Person durchaus beherrschender Ausbildung eigentlich nur auf geistig krankhafter Basis zu treffen pflegen, während eine noch physiologische Exaltation genügt, um ganz ähnliche Gedankenrichtungen in einer kompakteren Gruppierung von Personen zum vollen Durchbruch zu bringen" (S. 233).

2. „Ein zweiter, ziemlich ebenso starker unterstützender Faktor bei den Massenbewegungen findet sich in der suggestiven Gewalt des unmittelbar vor den Augen jedes Beteiligten stehenden Vorbildes und Beispieles" (S. 234). Besonders am Beispiele Muhammeds erläutert *Friedmann*, „wie wenig selbständig gerade die tonangebenden Ideen im Geiste der Massen zum Auftauchen und zur Geltung gelangen, wie fast alles, was wir denken, seinen Ursprung teils der einfachen Übertragung, teils der Suggestion von Person zu Person verdankt, somit ohne unsere geistige Initiative in



uns aufgenommen wurde" (S. 238). Nicht die Masse, sondern Einzelne schaffen neue Ideen, die dann in das Volk eingepflanzt werden und die Richtung der Bewegung bestimmen. Zum Teil bilden sich zum Zwecke der Einpflanzung besondere Berufe, wie der der Priester und neuerdings für politische Ideen der der Parlamentarier, der Berufs- und Zeitungspolitiker.

3. Das wirksamste Moment bei Massenbewegungen ist die Suggestibilität der Volksmassen. Diese, nicht Idealismus und Vernunft, bildet die Grundlage für die erstaunliche werbende Kraft neuer Ideen selbst in den Kulturvölkern, die zu eigenen Herren und Lenkern ihrer Geschicke geworden sind, und in denen die öffentliche Meinung eine sieghafte Macht besitzt; das zeigen die bedenklichen Abwege des Volksinstinktes, der Mangel an Kritik, das Vorherrschen des Radikalismus, der den Vorzug starker Gefühlsbetonung und zugleich plastischer Klarheit und Schärfe in seinen Endzielen hat.

Die Suggestion wirkt also dadurch, „daß sie eine mächtige Vorstellung in den Geist des Menschen einführt; aber sie hemmt ihn in diesen Fällen ganz und gar nicht". „Ich erinnere nur als besonders beweisend an die Ideen, welche, wie die anarchistische oder mahdistische, eigentlich gar keine positive Begründung erfuhren; und welche beispiellose Agitation, welches Übermaß von impulsiver Tatkraft haben sie entzündet! Die besondere Bedeutung der Massenbewegung für die Psychologie ist hier offenbar die, daß sie gleichartige Wirkungen bei einer großen Zahl von Personen zeitigt, daß sie damit unabhängig macht von jenen irreführenden Analysierungsversuchen in dem Labyrinth der individuellen Psyche. Die Idee als solche hat eine werbende Kraft, und darum war es die Hauptsache in unserer Darstellung, klarzulegen, daß gerade die perversen Ideen ihre Macht nicht ihrem logischen Werte, d. h. einer Anzahl von Beweisgründen, verdanken. — Nur zugänglich, suggestibel mußten die Personen für die Idee sein, die Suggestivwirkung selbst mußte durch die Art und Weise der Einpflanzung, der Übertragung besorgt werden" (S. 279). „Man muß die eigene, selbstempfundene Gewalt der Idee, nicht ihre theoretische Begründung auf die andern wirken lassen, überzeugungvoll, imponierend und vor allen Dingen plastisch anschaulich und bestimmt, reich in den Sinnen vorstellbarem Detail (Schilderung von Verelendung bei den Sozialisten, von Hölle und Himmel, bestimmte Prophezeiungen bei religiösen Dingen usw.), so muß der Ausdruck sein. Ein Mann, der das vermag, wirkt auf die Massen, er ist ein Agitator. — Bedingung der Suggestibilität dagegen ist, daß die Idee in ihrer allgemeinen Richtung vorhandenen Denkgewohnheiten entspricht oder doch nicht widerspricht, daß sie in der Person plastisch anschaulich zu werden vermag, und daß sie lebhaftes, leidenschaftliches Interesse in ihr erwecken kann. Sache der Agitation Anderer ist es, dies stets zu steigern, eine immer intensivere Beschäftigung mit der Idee anzuregen" (S. 280).

„Die Suggestivvorstellung war für uns schließlich nichts anderes



als eine für das Subjekt eindruckvoll, mächtig oder intensiv gewordene Vorstellung, freilich aber eine wirkliche plastische Vorstellung, nicht etwa eine abstrakte Idee wie die der Unendlichkeit oder ein allgemeiner Lehrsatz in Begriffsform. Diese letzteren repräsentieren keine psychische Kraft oder Macht, ein Begriff überzeugt überhaupt nie; niemand glaubt an sich den Lehrsatz, daß z. B. Tugend glücklich mache, wohl aber mag er erlebt haben, daß brave und gewissenhafte Menschen glücklich geworden sind. Solche rein abstrakte Ideen wirken also nie suggestiv. Nun könnte aber der Einwand naheliegen: Hat es denn einen besonderen Zweck, für solche elementare psychische Tatsachen den Begriff der Suggestion zu verwenden, der doch ursprünglich an den speziellen Vorgang der Hypnose geknüpft war? Genügt es nicht, einfach von starken und eindruckvollen Vorstellungen zu sprechen? — Darauf ist zu erwidern: Die Tatsache der psychischen Wirkung starker Vorstellungen auf das ganze Denken der Menschen, speziell auf die Willens- und Intelligenzprozesse, birgt eine wesentlich neue Erkenntnis in sich und zeigt sich in der Völkerpsychologie von einer ganz eminenten Tragweite. Erst das Studium der geistigen Massenbewegungen einerseits und die experimentelle Psychologie der Suggestivmethoden andererseits hat gelehrt, welche werbende Kraft und welche die andern Personen beherrschende Wirkung der Übertragung eindruckvoller Vorstellungen zukommt. Mit einem Wort, erst da konnte man lernen, daß wir hier eine psychische Macht vor uns haben. Man hatte bisher auf dem ganz ungenügenden Wege der Analyse der individuellen Psyche einer Theorie den Vorzug gegeben, welche eigentlich nur eine psychische, speziell intellektuelle Kraft zuließ, das war der Verstand oder moderner die Apperzeption, eine Kraft, welche angeblich nur auf Grund von Motiven überzeugende Urteile bildete, während die einzelne Vorstellung und die Assoziation lediglich inaktiv waren, d. h. der Apperzeption nur als Material dienten. Mit den längst bekannten Tatsachen des religiösen Glaubens und der Vorurteile fand man sich — etwas oberflächlich — in der Weise ab, daß man der Apperzeption gleichsam zwei Nebenherrscher beigab, den Affekt und die Phantasie (mit Gemüt). Sie sollten die Apperzeption mit beeinflussen, sozusagen bestechen. Die Phantasie als psychische Kraft existiert aber in der modernen Psychologie überhaupt nicht mehr; was man damit bezeichnen wollte, das ist eben der Tatbestand, daß die plastische Vorstellung eine intellektuelle Wirkung ausübt, also daß sie suggestiv wirkt. Plastisch denkende Personen, das sind die Künstler und Naturvölker, sind immer stark suggestibel" (S. 301).

Aber nicht nur bei Naturvölkern, sondern überall und stets ist in den Massen starke suggestive Empfänglichkeit vorhanden, „und als viel schwächer erweist sich der Einfluß der intellektuellen Hemmungen; und deshalb hängt es zum großen Teile von äußeren Umständen und Zeitverhältnissen und fast ebensosehr von dem Auftreten bestimmter bedeutender Führer und von der Entwicklung einer folgerichtigen Agitation ab, nach



welcher Richtung hin die geistige Bewegung eines Volkes geleitet werde" (S. 305). —

Den Mittelpunkt der *Friedmann*schen Erörterung bildet die „starke Vorstellung". Von ihr wird also eine Beurteilung seiner Ansicht auszugehen haben. Stark im Sinne *Friedmanns* ist eine Vorstellung nicht deshalb, weil sie ihren Platz im Bewußtsein lange behauptet oder in ihm immer wieder erscheint, sondern weil sie ohne logische Begründung Überzeugung mit sich führt und widerstreitende Vorstellungen daher entweder überhaupt nicht neben ihr hervortreten oder, wenn sie auftauchen, von ihr überwunden werden, so daß sie in ihrem Bereich das Denken und Handeln bestimmt. Vorstellungen können sich aber nur widerstreiten, wenn sie nicht bloße Erinnerungsbilder oder Begriffe, sondern eine Verbindung solcher in Form von Urteilen darstellen. Es handelt sich also um Urteile oder um solche Vorstellungen, denen ein Urteil zugrunde liegt. Unter diesen werden die Urteile, die zur Beschreibung oder Bewertung eines Erlebnisses dienen, selten Anlaß zum Widerstreit geben, sondern im allgemeinen nur solche, die einen Zusammenhang zwischen Erlebnissen herstellen, namentlich ein Erlebnis auf eine Ursache zurückführen und seine möglichen Folgen aussprechen. Nicht das, was an und bei einer Sonnenfinsternis zu sehen ist, oder welchen Eindruck sie macht, sondern was die Sonnenfinsternis bedeutet, wie der Vorgang sich erklärt, und weiter, was seine möglichen Folgen sind, wie der Mensch diese abwehren kann, und dergleichen kann Gegenstand der Erwägung und des Streites werden. Den Stoff aber, der in dieser Form zur Erwägung kommt, bilden neben dem Erlebnis Einfälle, wie sie im Assoziationsspiel auftauchen, und bisweilen auch das Ergebnis der aus ihnen hervorgehenden Handlungen. Das gilt für das wissenschaftliche wie für das suggestive Denken. Der Unterschied zwischen beiden besteht in dieser Hinsicht nur darin, daß das wissenschaftliche Denken viel mehr Arbeit darauf verwendet, die Einfälle zu prüfen, d. h. mit den Folgerungen aus dem dem Einzelnen überkommenen Wissen und seinen eigenen Erfahrungen zusammenzuhalten. Wissenschaftliches Denken kann also erst dann einen Einfall widerlegen, wenn ein genügender Schatz von anerkanntem Wissen und persönlicher Erfahrung gesammelt ist, der den Stoff des wissenschaftlichen Denkens abgibt. *Friedmann* führt als Beispiel unmittelbarer Assoziation und primärer Eigenbeziehungen an: „Kommt ein Europäer, der die Neger stark aufregt, neu an einen Ort und wird gleichzeitig — aber viele Meilen entfernt — ein Häuptling von einem Elefanten auf der Jagd verwundet oder gar getötet, wurde eine Frau von einem Krokodil zerrissen an einem Fluß, an dem der Europäer geweilt hatte, in allen solchen Fällen wird das erlittene Unglück verknüpft mit dem Erscheinen des Europäers, dieser ist schuld daran, er ist, wie man da und dort sagt, ein Seelenesser. Es genügt, daß der Europäer ein mächtiger Mann ist, also kann er das machen" (S. 223—224). *Friedmann* hat recht: das genügt und muß genügen. Der Neger hat keine Möglichkeit, das



Können des Weißen abzugrenzen; er weiß nur, daß der Weiße als Fremder sein Feind ist, und daß die Weißen sehr vieles können, was er selbst und seine Genossen nicht vermögen, unter anderem auch in die Ferne wirken, und er hat andrerseits die Denkgewohnheit, für jeden Unglücksfall einen Schuldigen zu suchen; der Einfall hat also doch eine gewisse Begründung im Wissen des Negers, und Hemmungen gegen den Fehlschluß können bei ihm in der Tat nur soweit aufkommen, daß die Richtigkeit des Einfalls zweifelhaft erscheint, nicht aber, daß der Einfall widerlegt wird. Ebenso steht es mit der Vorstellung, die Sonnenfinsternis beruhe darauf, daß ein großer Vogel vor die Sonne fliege oder ein Wolf sie verschlinge. Dieser Einfall erklärt die Verdunkelung der Sonne, und das Höchste, was wissenschaftliches Denken auf dieser Stufe vermöchte, wäre der Zweifel an der Richtigkeit der Erklärung. Diese wird aber hier sogar durch den Versuch bestätigt, denn die aus dem Einfall sich ergebende Handlung, das Lärmen und das drohende Zusammenschlagen der Waffen, verscheucht das Untier und befreit die Sonne. Daß solche Erklärungen angenommen werden, sich behaupten und das Handeln bestimmen — also die Stärke dieser Vorstellungen —, liegt nicht etwa allein darin, daß zunächst dem Ersten, der sie bildet, oder seinen Genossen keine anderen oder doch keine gleich passenden Einfälle kommen, und später in der Gewohnheit, so zu denken; der Mangel an andern Erklärungen und die Macht der Gewohnheit befreit den Einfall nur von Hemmungen, Hemmungen können aber die Stärke einer Vorstellung ebensowenig erzeugen, wie ihr Fehlen das vermag, sondern sie können sie nur steigern oder schwächen, je nachdem sie überwunden werden oder sich mächtiger erweisen. Auch das Anschauliche und Plastische einer Vorstellung kann wohl zu ihrer Stärke beitragen, aber nicht den Grund zu ihr legen. Es mag im zweiten Beispiel besonders wirksam sein, fehlt dagegen ganz im ersten, denn die Verbindung der beiden Erlebnisse, der Ankunft des Weißen und des Unfalls, ist gewiß nicht anschaulich.

Nun könnte man aus der Stärke des äußeren Eindrucks, an den die Vorstellung sich anschließt, deren Stärke ableiten. *Friedmann* sagt: „Jeder starke äußere Eindruck, jede Wahrnehmung, deren Einwirkung oder Wirkungsweise nicht ohne weiteres zu erkennen ist, wird beinahe immer und ohne jede begründende Überlegung auf das Subjekt und dessen Erlebnisse bezogen. Es gehört nur dazu, daß der Eindruck ein kräftiger ist, und das ist dann der Fall, wenn er an sich stark und schreckhaft ist, wie etwa Blitz und Donner, das wogende Meer, ein tätiger Vulkan, oder aber, wenn er auffällt durch seine Ungewöhnlichkeit, so z. B. eine Sonnen- oder Mondfinsternis“ (S. 223). Das ist sicher richtig und erklärt sich daraus, daß es zweckmäßig ist und sich im allgemeinen bewährt hat, alles Ungewöhnliche als möglicherweise schädlich anzusehen und zu fürchten, solange seine Unschädlichkeit nicht erwiesen ist. Nur paßt der Hinweis auf die Stärke des äußeren Eindrucks nicht auf alle Fälle. „Der Indianer in Peru,



der auf die Reise geht, speit einen Kokaballen, wie er ihn stets im Munde führt, an eine Felswand. Findet er bei seiner Rückkehr dieses Zeichen noch intakt, so war seine Frau ihm inzwischen treu geblieben; ist der Kokaballen herabgefallen, so war die Frau untreu, und das steht für ihn fest. Ferner: Läßt man sich von einem für klug und mächtig gehaltenen Europäer anspeien, oder kann man gar Haare von dessen Haupt erhalten, so ist damit dessen Kraft und Verstand ebenfalls übertragen worden. Kann umgekehrt ein Anderer Haare, Nägel, Reste der genossenen Speise eines Australiers oder Negers erlangen, so ist der frühere Besitzer überzeugt, daß jener Macht über ihn erlangt habe, daß ihm alles passieren werde, was seinen Effluvien widerfährt; werden diese verbrannt, so muß er sterben, und er ist zu großen Opfern bereit, um etwas der Art abzuwehren" (S. 224—225). Hier ist nicht die Stärke eines äußeren Eindrucks, sondern die einer Vorstellung maßgebend für die Stärke der Verbindung zwischen Eindruck und Vorstellung, die Stärke der Vorstellung liegt aber zunächst in ihrer Gefühlsbetonung, in der Hoffnung, klüger und kräftiger zu werden, in der Besorgnis vor der Untreue der Frau oder vor Krankheit und Tod oder aber, wenn diese Besorgnis so groß nicht ist, im Gefühl des Zweifels, was zu tun ist. „Er muß etwas tun, wenn die Sonne sich verfinstert, wenn der Verstorbene ihm eine Krankheit schickt, er muß denjenigen ermitteln, der seine Haare oder Nägel verbrannt hat, er muß Sorge tragen, wenn der nötige Regen ausbleibt. Was geschieht, das ist an sich gleichgültig und ist Sache des Herkommens. Genug, es geschieht in der Absicht, das Schädliche abzuwehren, das Nützliche herbeizuführen" (S. 225). Damit nähere ich mich dem Grunde der Sache. Der äußere Vorgang oder die innere Vorstellung beunruhigt den Menschen, er hat das Bedürfnis, diese Unruhe loszuwerden, und dies Bedürfnis bestimmt ihn, einem Einfall zu folgen, der geeignet ist, seinem Handeln oder auch nur seinem Denken die Richtung zu weisen. Daß der Einfall hierzu nur geeignet ist, wenn nicht andere Einfälle, die ihm widerstreiten, einleuchtender sind, ist selbstverständlich, und daß namentlich bei Naturvölkern, aber durchaus nicht nur bei ihnen, der Einfall um so kräftiger wirkt, je anschaulicher er ist, ist schon darin begründet, daß anschauliches Denken ursprünglicher ist und im allgemeinen viel leichter vor sich geht als begriffliches Denken. Ich möchte den Zusammenhang so ausdrücken: Das Ausbleiben widerstreitender Einfälle bewirkt, daß die das Bedürfnis befriedigende Vorstellung von äußeren Hemmungen, die Anschaulichkeit der Vorstellung, daß sie von inneren Hemmungen frei die Richtung des Handelns oder Denkens bestimmen kann; die Stärke der Vorstellung aber rührt vom Bedürfnis her und ist um so größer, je stärker das Bedürfnis ist, und je mehr die Vorstellung zur Denkgewohnheit geworden ist und damit die Richtung festlegt, in der das Bedürfnis sich auswirken kann.

Diese Betrachtung trifft jedoch auch für das wissenschaftliche Denken zu. Das Bedürfnis, dem Handeln oder Denken eine bestimmte Richtung



zu geben, der Zweifel, welche Richtung zum Ziele führt, treibt Einfälle hervor oder läßt Einfälle benutzen, die eine Verbindung zwischen verschiedenen Vorgängen oder Vorstellungen schaffen. Widerstreitende Vorstellungen oder die Folgen von Handlungen, die aus den Einfällen hervorgehen, können diese Verbindung als ungangbar erweisen, und widerstreitende Vorstellungen werden dies besonders auch dann vermögen, wenn sie selbst einem stärkeren Bedürfnis entsprechen. Hätte Darwin einen Widerspruch zwischen seiner ursächlichen Erklärung der organischen Zweckmäßigkeit und Artverschiedenheit und seinem Gottesglauben gefunden, und wäre in ihm das Bedürfnis, an Gott zu glauben, stärker gewesen als das Bedürfnis nach einer ursächlichen Erklärung jener Erscheinungen, so würden die Gegengründe gegen seinen genialen Einfall diesen zur Unfruchtbarkeit verdammt haben, oder er hätte jenen Widerspruch für scheinbar gehalten und vielleicht so lange gesucht, bis er ihn aufgelöst hätte. ***Friedmann*** folgert aus dem Verhalten vieler Theologen und theologisch Denkenden, die den Darwinismus teils von vornherein als unmoralisch verwarfen, teils als falsche Hypothese bekämpften: „Offenbar schließt erstlich im Geiste dieser Personen die teleologische Idee kontrastierende Vorstellungen (hier die kausale Deutung) aus, es besteht ein förmlicher Impuls, sie abzuwehren. Zweitens die Überzeugung selbst ruht auf einer Gewohnheit, so zu denken, aber nicht auf logischem Raisonnement; denn man hat von vornherein den Darwinismus abgewiesen und hat gar keinen Versuch gemacht, die vielen Tatsachen, welche für ihn sprechen, abzuwägen gegenüber den Beweisgründen für die Teleologie. Diese letztere stand fest, der Darwinismus war ein Angriff, den es abzuwehren galt. Und der Hauptgrund für diese differente Behandlung ist ein nichtwissenschaftlicher, die moralische Bewertung beider Ideen" (S. 218). Ich kann dem nicht ganz zustimmen; denn daß die teleologische Idee die kausale Deutung ausschließe, ist auch im Sinne jener Personen nur soweit richtig, daß die teleologische Idee eine restlose kausale Deutung ausschließe, dagegen geben jene Gegner der Entwicklungslehre ganz allgemein zu, daß die kausale Naturbetrachtung durchaus berechtigt sei, und betonen nur, daß sie nicht alles erklären könne, und daß die Betrachtung unter dem Gesichtspunkt des Zwecks ihr übergeordnet sei. Sie könnten also auf diesem Boden sehr wohl, ohne ihrem Standpunkt etwas zu vergeben, zur Annahme der Darwinschen Entwicklungslehre gelangen, wenn — ja wenn bei ihnen ein Bedürfnis nach einer kausalen Naturerklärung der Zweckmäßigkeit im Tier- und Pflanzenreich bestände. Dies Bedürfnis ist es ja allein, was den von der Denkweise der heutigen Naturwissenschaft Durchdrungenen trotz der großen Beweislücken und der vielen bei näherem Eingehen noch wachsenden Schwierigkeiten zur grundsätzlichen Annahme der Abstammungslehre in dieser oder jener Form zwingt. Wo jenes Bedürfnis nicht besteht, nötigt nichts, sich über jene Lücken und Schwierigkeiten hinwegzusetzen, denn Lamarck, Darwin und ihre Nachfolger ermöglichen zwar



durch Aufstellung von Richtlinien, die sich in manchen Fällen als zutreffend ergeben, die Überzeugung, daß nur unsere Unkenntnis zumal der Vergangenheit jene Lücken und Schwierigkeiten schaffe, aber die Ergebnisse ihrer Forschungen sind keineswegs „für jeden, der zu reflektieren versteht, gleich verbindlich", sondern hier entscheidet ein subjektives Element, das Vorhandensein oder Fehlen des Bedürfnisses nach einer kausalen Naturerklärung der organischen Zweckmäßigkeit. Wie gering ein ebenso scharfsinniger wie besonnener Naturforscher, der von jenem Kausalitätsbedürfnis getrieben die Darwinsche Lehre als einer der ersten in Deutschland annahm und mit Nachdruck vertrat, wie gering *E. du Bois-Reymond* von den Beweisen für Darwins Abstammungslehre dachte, zeigen seine bekannten Worte: „Mögen wir immerhin, indem wir an diese Lehre uns halten, die Empfindung des sonst rettunglos Versinkenden haben, der an eine ihn nur eben über Wasser tragende Planke sich klammert: bei der Wahl zwischen Planke und Untergang ist der Vorteil entschieden auf seiten der Planke" [1]). Hiernach braucht bei dem, der Darwins Lehre verwirft, die teleologische Idee die kausale Deutung nicht auszuschließen oder ein förmlicher Impuls zu bestehen, sie abzuwehren: wer nicht vom Bedürfnis gezwungen wird, sich auf das Meer kausaler Ableitung der organischen Zweckmäßigkeit und Artverschiedenheit zu wagen, kann dazu nicht durch den Hinweis auf die Plankentragfähigkeit der Abstammungslehre bestimmt werden. Dagegen hat *Friedmann* darin gewiß recht, daß die Überzeugung von der Unrichtigkeit des Darwinismus wenigstens anfangs vielfach auch auf Gewohnheit beruhte, und daß zu seiner Verwerfung häufig ein nicht wissenschaftlicher, sondern moralischer Gesichtspunkt führte. Nur sehe ich den Hauptgrund dafür, daß in jenen Männern die Gewohnheit siegte und die moralische Wertung zu keiner neuen Denkarbeit führte, die vielleicht mit der Überwindung des Gegensatzes zwischen naturwissenschaftlich-kausaler und teleologischer Denkweise geendet hätte, im Mangel eines hinreichend kräftigen Bedürfnisses nach ursächlicher Erklärung auf diesem ihnen ursprünglich fremden Forschungsgebiete.

Daß die Anschaulichkeit einer Vorstellung auch das wissenschaftliche Denken erleichtert, dafür brauche ich nur an die Atomlehre, die Strukturchemie und *Ehrlich*s Seitenkettentheorie zu erinnern. Wie der Vogel, der zwischen Sonne und Erde schwebt und so die Sonnenfinsternis hervorruft, nicht selbst gesehen, sondern nur aus seinen Wirkungen erkannt wird, so sind die Atome, der chemische Bau der Moleküle und deren Riesenwachstum in Seitenketten von keinem Auge gesehen und nur aus den Wirkungen, zu denen sie führen könnten, erschlossen worden. Ein anschauliches und deshalb bequemes Bild für eine unbekannte Ursache, vorzüglich geeignet, eine große Anzahl von Tatsachen übersichtlich aneinanderzureihen, und schon aus diesem Grunde ein ausgezeichnetes

[1]) *E. du Bois-Reymond*, Darwin versus Galiani, Berlin 1876.



Hilfsmittel der Forschung, hat jede dieser Lehren das Bedürfnis nach ursächlicher Erklärung soweit befriedigt, als es eben durch eine bildliche Darstellung befriedigt werden kann, aber keine dieser Lehren ist auch dem Schicksal entgangen, daß das in ihnen gegebene Bild als Wirklichkeit angesehen wurde. Die Folge war, daß die Entdeckung von Widersprüchen, zu denen die Atomlehre, die Mutter der beiden andern, führte, ihre Verwerfung und ihren Ersatz durch eine andere, die energetische Theorie, zu fordern schien, während die Vorzüge eines Bildes vor einer begrifflichen Bestimmung so groß sind, daß man es wegen kleiner Unvollkommenheiten, die man beim Gebrauch berücksichtigen kann, nicht aufgeben wird. Es ist die gleiche Unklarheit, die auch das Bild des Vogels, der die Sonne verdeckt, zu einem wirklichen Vogel machte, und die auf religiösem Gebiete Bilder und Symbole so leicht zum Ausdruck tatsächlicher Verhältnisse erstarren läßt.

Also auch wissenschaftliche Ideen verdanken ihre Entstehung und häufig auch ihre Geltung nicht allein der Macht ihrer Gründe und dem Fehlen widerstreitender Vorstellungen, sondern vor allem dem Bedürfnis, zu dessen Befriedigung sie geschaffen wurden, mag dies Bedürfnis mehr ein praktisches oder theoretisches sein und mehr von einem auffallenden Ereignis oder von einer mit Zweifel verbundenen Vorstellung ausgehen. Daß äußere Ereignisse praktische Bedürfnisse erzeugen und diese das wissenschaftliche Denken in Bewegung setzen, davon hat uns der jetzige Weltkrieg mit seiner Absperrung der Mittelmächte vom Welthandel zahlreiche Beispiele in den Bemühungen um Gummi-, Stickstoff-, Eiweißersatz usw. geliefert. Und wie der Indianer im Bedürfnis, sich die Sonnenfinsternis zu erklären, zur nächstliegenden Vorstellung eines Vogels greift, der, ein Bewohner des himmlischen Luftmeers, die Störung im Verhalten des andern Himmelsbewohners herbeiführt, so schloß *Le Verrier* von der Beobachtung auffallender Unregelmäßigkeiten der Uranusbahn auf das Dasein eines andern, noch unbekannten Planeten. Dasselbe aus dem Innern stammende Bedürfnis, mächtiger und klüger zu werden, das den Wilden dazu treibt, zu diesem Zwecke sich Haare vom Haupte eines Europäers zu verschaffen, hat wissenschaftliche Untersuchungen über Wasser- und Luftströmungen, Geschoßbahnen, die Wirkung von Arzneimitteln und unzähligen andern Dingen veranlaßt. Und wie der Peruaner im Drange, die Treue seiner Frau festzustellen, auch ein Mittel dafür findet, so hat z. B. das Bedürfnis nach Anzeichen, ob eine geistige Störung heilen werde, zur Aufstellung der Dem. praecox und des manisch-depressiven Irreseins geführt. Der Unterschied liegt eben darin, daß dort jede nur einigermaßen passende Vorstellung Leben gewinnen kann, während hier nur die tauglichste Vorstellung im harten kritischen Kampfe ums Dasein zur Reife kommt, nicht aber darin, daß hier das Ergebnis von subjektiven Elementen unabhängig sei: ein subjektives Element, die Stärke des Bedürfnisses, ist hierfür sogar von oft ausschlaggebender Bedeutung.



Das erhellt schon daraus, daß, je stärker der Widerstand des kritischen Denkens, um so kräftiger das subjektive Bedürfnis sein muß, um zum Durchhalten und zur Bewältigung der Arbeit auszureichen.

Das Bedürfnis treibt aber nicht nur zum Auftauchen und zur Prüfung von Vorstellungen, die geeignet scheinen, die Unlust des Zweifels zu beseitigen und eine Sicherheit, sei es vorzugweise des Denkens oder des Handelns, zu gewähren, sondern es bestimmt auch den Abschluß der Prüfung, sei es, daß es befriedigt wird, oder daß es vor der Befriedigung erlahmt, oder daß es keinen längeren Aufschub duldet und zugunsten einer nur scheinbaren oder unvollkommenen Lösung auf weitere Prüfung vorläufig oder ganz verzichtet. Letzteres kann auch im Lichte strenger Wissenschaftlichkeit berechtigt sein, wenn das Bedürfnis nämlich nicht etwa ein äußeres, z. B. das nach einer raschen Veröffentlichung des Untersuchungsergebnisses ist, wenn vielmehr das Wissen zu einer Lösung des Zweifels nicht ausreicht, sondern nur bis zu einer nicht voll befriedigenden, mehr oder weniger begründeten Annahme führt. Mag solche Annahme auch manchmal nach *E. du Bois-Reymonds* Worten einer Planke gleichen, die durch den Ozean tragen soll, und das hemmende, kritische Denken mit gutem Rechte sich dem Bedürfnis entgegenstemmen und ihre Ablehnung fordern: sobald das Bedürfnis stark genug ist, wird man nicht auf eine vielleicht ferne Zukunft warten, die die Mittel zum Bau eines sicheren Fahrzeugs möglicherweise gewähren wird, sondern man wird sich auch der Planke anvertrauen, die wenigstens den Stillstand überwindet und weiter zu tragen vermag. So kann selbst eine nur unter dem Drucke eines starken Bedürfnisses emporgetriebene Annahme viel fruchtbarer sein als ein verständiger Verzicht auf sie, indem sie neue Bedürfnisse weckt und damit weitere Untersuchungen veranlaßt, die, mögen sie jene Annahme stützen oder zu ihrer Abänderung zwingen, ja, mögen sie ihre Unrichtigkeit erweisen, doch häufig dem wissenschaftlichen Denken einen frischen Anstoß und eine neue Richtung geben.

Im Bedürfnis liegt also die Quelle sowohl des suggestiven wie des wissenschaftlichen Denkens. Wie steht es nun mit den Unterschieden zwischen beiden, vor allem mit *Friedmanns* „Postulat, daß jede subjektive Überzeugung beim Forschen aufgehoben sein soll, und daß nur der logische oder objektive Wert der Argumente und Tatsachen entscheiden soll“ (S. 219)? Gewiß, „zum Urteil beim forschenden Denken gehört stets das Bewußtsein der Gründe, sowohl derer, die für, als derjenigen, die gegen das Urteil sprechen können“, oder sollte es doch gehören, aber nicht nur bewußt müssen diese Gründe sein, sie müssen auch gegeneinander abgewogen werden, und ihr Gewicht, ihre Bewertung hängt meist von subjektiver Überzeugung ab und muß sogar in vielen Fällen davon abhängen, weil eine rein logische, rein objektive Feststellung nicht auf allen Gebieten möglich ist. Und der Wert der Tatsachen? „Real sind doch hier (d. h. beim wissenschaftlichen Forschen) nur die sinnlichen Tatsachen selbst.“ Aber die sinnlichen Tatsachen geben



nur den rohen Stoff zum Denken ab, jede Formgebung, jede ursächliche Verknüpfung, jede Folgerung ist schon subjektive Zutat und wird von der Überzeugung des Einzelnen beeinflußt, „entscheidend" sind also nicht die bloßen sinnlichen Tatsachen selbst, sondern sie erhalten ihren Wert erst durch den Zusammenhang, in dem sie gedacht werden. Und kann denn ein Forscher für gewöhnlich allein auf eigenen Wahrnehmungen fußen? Muß er nicht auch die Beobachtungen Anderer heranziehen? Wer bürgt ihm aber, daß diese richtig in seinem Sinne sind? Ich will damit gar nicht sagen, daß der andere Beobachter leichtfertig vorgegangen sein oder gar bewußt Falsches in seine Darstellung eingemischt haben könnte, wohl aber, daß er anderes beachtet und eine andere Auswahl nicht nur seiner Beobachtungen, sondern auch der in einer Beobachtung zusammengefaßten sinnlichen Tatsachen getroffen, manches, was jenem wichtig scheint, ausgelassen, manches, was zufällig miteinander vereint war, in ursächlichen Zusammenhang gebracht hat, kurz, daß seine Auffassung eine andere gewesen ist. Ein Zusammenhang kann jemandem, der die Tatsachen nur aus der Beschreibung kennt, sehr deutlich und beweisend scheinen, auch wenn dieser Schein nur der Zusammenstellung der Tatsachen entspringt. Und ebenso kann in einer Beschreibung ein Zusammenhang ausgeschlossen scheinen, den ein anderer Beobachter, von andern Voraussetzungen ausgehend, vielleicht herausgefunden hätte. Ob und mit welcher Beweiskraft jemand also Beobachtungen und Feststellungen eines Andern als Unterlage seines Denkens heranzieht, wird sich nicht nur nach deren Inhalt, sondern auch nach seiner Ansicht von der Begabung und der Sorgfalt des Andern richten; eine rein objektive Bewertung der Zuverlässigkeit eines Andern ist eben nicht möglich. Diese Schwierigkeiten werden sich auf einem neuen Forschungsgebiete und bei der Aufstellung und Prüfung neuer Gesichtspunkte viel mehr geltend machen und die subjektive Überzeugung deshalb hier eine viel größere, aber notwendige Rolle spielen als da, wo die Grundlagen allgemein anerkannt werden und die Beobachtungen daher von gemeinsamen Voraussetzungen ausgehen. Aber auch hier läßt sich die Überzeugung nicht ganz ausschalten und erweist sich sogar unter Umständen als sehr förderlich.

Als die Beobachtungen über die Uranusbahn unzweifelhafte Abweichungen von derjenigen Bahn ergaben, die der Uranus nach allen auf Grund der Gravitationstheorie angestellten Berechnungen hätte nehmen müssen, da dachte kein Astronom daran, daß die Gravitationstheorie falsch sein könne, sondern man schwankte nur zwischen der Möglichkeit, daß ein noch unbekannter Himmelskörper die Abweichungen bewirke, und der, daß außer der Gravitation noch eine andere unbekannte Ursache den Lauf des Uranus bestimme. Heißt das nicht: man war von der Geltung des Gravitationsgesetzes überzeugt? Diese Überzeugung bestimmte dann den weiteren Gang der Untersuchungen. *Le Verrier* fand, daß ein noch unbekannter Planet die Ursache der Uranusabweichungen sein müsse, und be-



rechnete dessen Stellung und Bahn, seine Masse und sogar seine Helligkeit so genau, daß *Galle* hiernach den damals noch unbekannten Planeten Neptun entdecken konnte. So ward die Überzeugung der Astronomen von der Gültigkeit des Gravitationsgesetzes glänzend gerechtfertigt. Was lehrt uns aber diese Geschichte? Hätten *Le Verriers* Rechnungen ergeben, daß ein anderer Himmelskörper die Störungen der Uranusbahn nicht hervorrufen könne, oder wäre der Neptun nicht gefunden worden, so würde man deshalb die Gültigkeit des Gravitationsgesetzes nicht bezweifelt haben; man würde vielleicht zunächst versucht haben, durch Abänderung des Gravitationsgesetzes jener widersprechenden Tatsache Rechnung zu tragen, wie denn schon *Le Verrier* selbst die Möglichkeit erwogen hatte, daß die Wirkung der Schwerkraft in großer Sonnenferne eine Abänderung erleide, ohne aber die Erscheinungen mit dieser Annahme genügend erklären zu können. Schließlich aber hätte man sich mit der Vorstellung einer noch unbekannten Ursache geholfen, die in diesem Falle eine scheinbare Abweichung vom Gravitationsgesetz bewirke. Weshalb hätte nun hier die anerkannte Tatsache, daß die Uranusbahn nach dem damaligen Umfang des Wissens dem Gravitationsgesetze widersprach, nicht als entscheidend gegolten, obwohl eine andere Ursache, die diesen Widerspruch aufgelöst hätte, sich nicht finden ließ? Die Antwort ist klar: das Gravitationsgesetz hatte sich in unzähligen Fällen bewährt, die Überzeugung, daß es richtig sei, konnte durch einen Fall, der es nicht bewährte, nicht umgestoßen werden; mit andern Worten: das Gewicht der Gründe, die dafür sprachen, überwog bei weitem; die eine Tatsache, die dagegen sprach, konnte nicht entscheiden, der Widerspruch mußte ein scheinbarer sein und seine Beseitigung von der Zukunft erwartet werden.

Was unterscheidet nun diese Überzeugung, daß die Gravitationslehre richtig sei, von der im Mittelalter ebenso allgemeinen Überzeugung von der Richtigkeit des Wunderglaubens? *Friedmann* sagt: „Wenn ein Naturforscher überzeugt ist, daß noch nie ein Wunder vorgekommen sei, so bedeutet das nur: nach aller seitherigen Erfahrung läßt das Naturgesetz, so wie wir es kennen, keine Ausnahme zu, wohl aber hat der Glaube und die Tradition der Menschen unzählige Male irrtümlich solche Abweichungen postuliert.“ Diese Berufung auf die Erfahrung ist aber doch nicht stichhaltig. Die Erfahrung führt in solchen Fällen oft zu ganz verschiedenen Ergebnissen, je nachdem man von vornherein von der lückenlosen Geltung des Naturgesetzes ausgeht oder ein Wunder da annimmt, wo ein natürlicher Zusammenhang der Vorgänge nicht nachgewiesen werden kann. Auch der Wunderglaube konnte und kann sich auf unzählige Erfahrungen berufen, und hätte die Wissenschaft ihn beibehalten, bis seine Widerlegung oder vielmehr, da diese im strengen Sinne nicht möglich ist, eine wenigstens annähernde naturwissenschaftliche Erklärung etwa der Wunderheilungen festere Unterlagen fand, so wäre sie bis zur genaueren Erforschung der hysterischen und hypnotischen Erscheinungen, also bis zum vorigen Jahr-



hundert, vom Wunderglauben nicht losgekommen. Daß das Naturgesetz keine Ausnahme zuläßt, ist eine Voraussetzung, die die Forschung machte, lange bevor eine auch nur einigermaßen ausgedehnte Erfahrung ihr ein Recht dazu gab. Nicht die Erfahrung, die erst langsam gesammelt werden konnte, sondern die Anwendung der Mathematik, die keine Ausnahme kennt, auf die Erfahrung und damit deren Unterstellung unter allgemeingültige, jede Möglichkeit des Zufalls ausschließende Denknotwendigkeiten, so geringen Raum sie auch namentlich anfangs im ungeheuren Gebiet des Naturgeschehens sich unterwerfen konnte, so verhältnismäßig gering auch heutzutage noch ihr Geltungsbereich ist, hat doch wie mit einem Schlage den Glauben an Wunder und Zufall aus der Wissenschaft entfernt. Schon der fromme *Kepler* sprach es aus, daß Gott an die Gesetze der Geometrie gebunden sei. Und die Idee der Allmacht Gottes brauchte dieser Auffassung nicht mehr hemmend in den Weg zu treten, sondern konnte ihr sogar als Stütze dienen, seit die Philosophie, zunächst gleichfalls von der Mathematik ausgehend, Gottes Wesen als Notwendigkeit, Widerspruchlosigkeit begreifen lehrte, am umfassendsten und folgerichtigsten zunächst bei Spinoza, der nicht nur der außermenschlichen Natur, sondern auch der Natur im Menschen Notwendigkeit zuschrieb und deshalb den freien Willen leugnete.

Ergibt aber die Berufung auf die Erfahrung keinen Unterschied zwischen Wunderglauben und der Überzeugung von der ausnahmlosen Geltung des Naturgesetzes, so mag uns in dieser Frage gerade der eben erwähnte Spinoza als Wegführer dienen. Nach ihm ist alles richtige Wissen positiv und schließt höchste Gewißheit in sich, wie die Mathematik zeigt. Denn richtiges Wissen ist Vernunfterkenntnis, und diese bleibt nicht am Einzelnen und Vergänglichen haften, sondern sucht das Gemeinsame und Bleibende, betrachtet die Dinge als notwendig, erfaßt sie demnach unter der Form der Ewigkeit. Gegenstand dieser Vernunfterkenntnis ist die Natur. — Hiermit ist die Form des Naturgesetzes umschrieben, die aus der Vernunft stammt, während den Inhalt des einzelnen Naturgesetzes nur die Erfahrung geben kann. Dem Naturgesetz gegenüber steht das Wunder oder der Zufall. Auch das Wunder führt die Tatsachen auf eine Ursache zurück, seine Annahme befriedigt somit mehr als die des Zufalls, aber die Erklärung durch ein Wunder setzt neben die natürlichen Ursachen eine außernatürliche Ursache, die im Zusammenhang des Naturgeschehens dem Zufall gleichkommt, beschränkt daher zwar nicht die Grenzen der Naturerkenntnis nach außen, aber schafft Lücken ihres inneren Zusammenhangs und ist somit für die Naturwissenschaft negativ; sie hat ferner zur Voraussetzung, daß der Vorfall, der mit einer außernatürlichen Ursache ausgestattet wird, auf natürliche Weise nicht erklärt werden kann, bringt also nicht im einzelnen Falle, sondern seinem Wesen nach Ungewißheit in die Naturerkenntnis und haftet — im Rahmen der Naturerkenntnis — am Einzelnen und Vergänglichen, das nicht als notwendig, sondern —



im Rahmen der Naturerkenntnis — als zufällig aufgefaßt wird. Also der Wunderglaube und die Überzeugung von der ausnahmlosen Gültigkeit der Naturgesetze sind beide nicht der Erfahrung entnommen, sondern bestimmen die Erfahrung und können sich dann freilich auch auf die von ihnen beeinflußte Erfahrung stützen; die Verschiedenheit ihres Inhalts läßt jedoch auf eine Verschiedenheit der Bedürfnisse schließen, die zu ihrer Aufstellung und Annahme führten: hier ein starkes Bedürfnis nach Naturbeherrschung sei es im Handeln oder Erkennen, wie es in der Renaissancezeit die fortschreitenden praktischen Ziele der bürgerlichen Gesellschaft schufen, die in der städtischen Industriearbeit, im Handel, in der Medizin überall neue Aufgaben enthielten [1]), dort das Bedürfnis nach einem möglichst persönlichen Verhältnis zu Gott und nach einer anschaulichen Vorstellung von Gott und seinem Wirken. Und wie der Ursprung, so sind auch die Wirkungen beider Überzeugungen verschieden. Während die Annahme des Wunders das besondere Bedürfnis, in dem sie wurzelt, und zugleich das allgemeine Bedürfnis nach ursächlicher Erklärung rasch befriedigt, stellt die Annahme durchgehender Naturgesetzlichkeit vor immer neue Aufgaben und zwingt zu unablässiger Arbeit, um dem Bedürfnis zu genügen. Diese Arbeit hat nun zu immer neuen Erfahrungen und zur Aufstellung und immer genaueren Anpassung der Naturgesetze an die Erfahrung geführt. Die Überzeugung von der Richtigkeit des einzelnen Naturgesetzes, etwa des Gravitationsgesetzes, ist daher anders begründet als die Überzeugung, daß im Zusammenhang des Naturgeschehens eine Gesetzlichkeit erscheine, die keine Ausnahme zulasse, oder als ihr Widerspiel, der Wunderglaube. Dort, bei der Überzeugung von der Gültigkeit des einzelnen Naturgesetzes, spricht die Erfahrung das entscheidende Wort, aber nicht hier, bei der grundsätzlichen Entscheidung zwischen Wunderglauben und durchgängiger Naturgesetzlichkeit. Was folgt hieraus? Das Naturgesetz, nicht „wie wir es kennen“, sondern wie wir es grundsätzlich auffassen, läßt keine Ausnahme zu. Zeigt sich solche bei einem einzelnen Naturgesetz, so ist sie scheinbar, oder das Naturgesetz ist falsch aufgestellt. *Friedmann* hat recht: „Alle sogenannten Naturgesetze und Naturkräfte gelten nur als Regeln und Hypothesen, um die Tatsachen unter einen verständlichen Gesichtspunkt zu bringen, besten Falles als eine Näherung an den wirklichen Zusammenhang der Dinge.“ Aber daß ein solcher wirklicher Zusammenhang, und zwar lückenlos, existiert, daß in den einzelnen vergänglichen Erscheinungen etwas Gemeinsames und Bleibendes, nämlich das — nicht dieses oder jenes — Gesetz enthalten ist, ist nicht Folge, sondern Voraussetzung der wissenschaftlichen Erfahrung, ist Sache nicht der Erfahrung, sondern der Überzeugung oder, wenn es als Vernunfterkenntnis in Spinozas Sinne begriffen wird, Gewißheit.

---

[1]) Vgl. *W. Dilthey*, Weltanschauung und Analyse des Menschen seit Renaissance und Reformation. Teubner, 1914, S. 257.



Wir haben die Überzeugung nicht nur als grundsätzliche Voraussetzung aller Wissenschaft, sondern auch beim wissenschaftlichen Denken selbst als wirksam befunden, *Friedmann* will sie beim wissenschaftlichen Forschen überhaupt ausgeschlossen haben und vertritt hiermit eine weit verbreitete Ansicht. Woher diese Verschiedenheit?

Fragen wir zunächst: Was ist unter dem logischen oder objektiven Wert der Argumente und Tatsachen zu verstehen, der nach *Friedmann* beim Forschen allein entscheiden soll? Ich führte schon aus, daß man vom objektiven Wert eines Grundes oder einer Tatsache offenbar nur dann sprechen kann, wenn die Vorstellung des Grundes oder der Tatsache bereits einen Zusammenhang von Vorstellungen oder — eigenen oder fremden — Wahrnehmungen enthält. Ihr objektiver Wert läge dann in ihrem Verhältnis zur Wirklichkeit, und das Werturteil stellte fest, ob jener Zusammenhang — ganz oder z. B., wenn er in Zahlen ausgedrückt ist, mehr oder weniger annähernd — der Wirklichkeit entspricht. So einfach liegt jedoch die Sache nicht. Denn den wirklichen Zusammenhang kennen wir nicht und können also an ihm den Wert der Vorstellung, die wir an seine Stelle setzen, nicht messen. Je mehr eine Vorstellung aber in ähnlichen Tatsachen einen bestimmten Zusammenhang aufweist und je mehr die Abweichungen, die ihm zunächst widersprechen, dadurch als Ausnahme begründet werden, daß in ihnen zugleich ein anderer bestimmter Zusammenhang zum Ausdruck kommt, der ihre Abweichung erklärt und damit den Widerspruch aufhebt, je mehr also die Vorstellung „die Tatsachen unter einen verständlichen Gesichtspunkt bringt", um so mehr objektiven Wert, d. h. also um so mehr Wahrscheinlichkeit, daß sie den wirklichen Zusammenhang ausdrückt, werden wir ihr zubilligen. Je weniger widersprechende Tatsachen schließlich übrigbleiben, deren Abweichung sich nicht einem andern bestimmten Zusammenhang gleicher oder ähnlicher Art einordnen und dadurch erklären läßt, um so wahrscheinlicher wird es, daß wir es bei ihnen überhaupt nicht mit gleichartigen Tatsachen zu tun haben, sondern z. B. bei astronomischen Fragen mit Beobachtungsfehlern, die ihrer Art nach in den Bereich der Physiologie, der Optik, der Instrumentenkunde und dergleichen gehören. Der objektive Wert eines Vorstellungszusammenhangs richtet sich also nach der Wahrscheinlichkeit, mit der dieser Zusammenhang die Wirklichkeit darstellt. Wir können ihn auch als Wirklichkeitswert der Vorstellung bezeichnen. Dagegen liegt der logische Wert einer Vorstellung, die in diesem Falle einen Begriff oder einen Zusammenhang von Begriffen darstellt, darin, daß der Begriff oder das Begriffsverhältnis richtig gebildet ist. Mit andern Worten, die Wahrscheinlichkeit, daß die in einem Vorstellungszusammenhange vorkommenden Begriffe richtig gebildet und angewendet sind, macht den logischen, die Wahrscheinlichkeit, daß der Vorstellungszusammenhang den wirklichen Zusammenhang wiedergibt, den Wirklichkeitswert des Vorstellungszusammenhanges aus; der logische Wert einer Vorstellung ist also in ihrem Wirklichkeitswert schon enthalten. Welchen Grad der

Wahrscheinlichkeit wir aber annehmen, ist nie völlig frei von subjektiver Beimischung, so daß auch am wissenschaftlichen Forschen, wenn auch in sehr verschiedenem Maße und in seltenen Fällen kaum merkbar, die Überzeugung beteiligt ist. Der logische Wert beruht auf der Gewißheit, daß das eigene Denken und das Denken Anderer, die sich mit dem gleichen Gegenstande beschäftigt haben, bisher keinen logischen Fehler bemerkt hat, und der hieraus geschöpften Überzeugung, daß auch künftige Überlegung das gleiche Ergebnis haben wird; die Wahrscheinlichkeit richtet sich also hier nach dem Vertrauen, das dem Denken der Beteiligten gezollt wird. Und nicht besser steht es mit der Wahrscheinlichkeit, daß der gefundene Vorstellungszusammenhang der Wirklichkeit entspricht. Soweit Zahlen in ihm eine Rolle spielen, können diese durch Wahrscheinlichkeitsrechnung bewertet werden. Aber schon in der Astronomie, also einer Wissenschaft, die vor andern auf Mathematik aufgebaut ist, machen die Zahlen nicht alles aus, und wenn sie auch einen objektiven Maßstab abgeben, an dem der Zusammenhang der gefundenen Tatsachen geprüft werden kann, so stimmen doch schon die gefundenen, der Berechnung zugrunde gelegten Zahlen nie vollkommen überein, und ihre Bewertung ist insofern subjektiv, als der Einfluß der Bedingungen, die einen Fehler hervorgebracht haben können, verschiedener Abschätzung unterliegt, von dieser Abschätzung aber das gegenseitige Wertverhältnis der Zahlen abhängt. Freilich verschwindet die Bedeutung der einzelnen Zahl und ihres Wertes immer mehr, eine je größere Zahl von Beobachtungen zu Gebote steht, und so kommt schließlich die subjektive Überzeugung praktisch kaum noch in Betracht. Daß aber in andern Wissensgebieten die Wahrscheinlichkeitsrechnung oft nur auf stark subjektiver Grundlage anwendbar ist, brauche ich vor Psychiatern nicht erst näher auszuführen. Und wenn es andrerseits heißt: „Ein Resultat muß sofort aufgegeben werden, sowie eine entscheidende Tatsache dagegen bekannt wird", so erhebt sich gleich die Frage: Welche widersprechende Tatsache ist entscheidend, und welche widerspricht nur scheinbar? Und die weitere: Was ist als — gleichartige — Tatsache und was als irrtümliche oder ungenügende Beobachtung zu werten? Je mehr eine Wissenschaft im Wachstum und eine Frage im Fluß ist, um so weniger pflegt es möglich zu sein, den Wert der Argumente und Tatsachen völlig objektiv zu bemessen und somit die subjektive Überzeugung auszuschalten.

Ich möchte es demnach nicht als „Postulat", sondern als Ideal aufstellen, „daß jede subjektive Überzeugung beim Forschen aufgehoben sein soll, und daß nur der" auf rein objektiver Grundlage gefundene „logische und objektive Wert der Argumente und Tatsachen entscheiden soll". Der Forscher wird sich bemühen, diesem Ideal so nahe als möglich zu kommen; dagegen würde, als unbedingte und bindende Forderung aufgefaßt, jener Satz weite Wissensgebiete zur Unfruchtbarkeit verdammen. Und ebensowenig kann ich der vorhergehenden *Friedmann*schen Behauptung in ihrem zweiten Teile beistimmen, daß „die Wissenschaft über eine große Zahl von



Lehrsätzen verfügt, die beim heutigen Stande der Erkenntnis für jedermann feststehen, der wissenschaftlich denkt, die aber dennoch keiner für Wahrheit oder für einen Gegenstand seiner Überzeugung erklärt". Wenn ich mit *Friedmann* als Merkmal der Überzeugung ansehe, „daß die Idee, d. h. die gebildete Assoziation, in Zukunft festgehalten wird, daß sie bei verwandten neuen Vorkommnissen sich als wirksame Analogie für das Subjekt bewährt, und daß nicht notwendig dabei kontrastierende Vorstellungen auftauchen", so bin ich von der Geltung des Gravitationsgesetzes überzeugt, d. h. ich bin davon überzeugt, daß dies Gesetz oder meinetwegen diese Regel oder Hypothese den wirklichen Zusammenhang der Dinge ausdrückt, wie der Reliquiengläubige davon überzeugt ist, daß der Reliquienglaube den wirklichen Zusammenhang zwischen Reliquie und Krankenheilung ausdrückt. Gewiß bin ich bereit, die Geltung des Gesetzes einzuschränken, falls Tatsachen ermittelt werden, die diese Einschränkung erfordern, aber das bezeichnet keinen grundsätzlichen Unterschied, denn auch der Reliquiengläubige ist im allgemeinen bereit, auf neue, von ihm anerkannte Tatsachen hin die Geltung des Reliquienglaubens einzuschränken, und wird nur darauf bestehen, daß derselbe für viele Fälle zutrifft und somit einen Wahrheitskern enthält. Wenn wir sagen, daß die wissenschaftliche Überzeugung viel sorgfältiger und genauer begründet ist, jederzeit nach Bedarf auf ihre Grundlagen untersucht werden kann, und daß sie ihre Stärke, soweit allgemein angenommene Lehren in Betracht kommen, namentlich auch daraus schöpft, daß etwaige Beobachtungs- oder Denkfehler, die auch dem angestrengten Bemühen des Einzelnen entgehen könnten, von Andern schon gefunden und aufgezeigt wären, so macht dies alles keinen grundsätzlichen Unterschied aus, denn das Streben nach Gründlichkeit und die Zuversicht, daß alles geschieht, um die Wahrheit zu ermitteln, dürfen wir auch denen, die heutzutage eine Wunderheilung von Amts wegen feststellen oder an eine kirchlich anerkannte Wunderheilung glauben, nicht absprechen. Auch die katholische Kirche hat von der Wissenschaft gelernt und umgibt die Anerkennung eines Wunders mit weitgehenden Vorsichtsmaßregeln, um Betrug und gutgläubigen Irrtum auszuschließen [1]). Wissenschaftliche Arbeit ist in den Dienst religiösen Denkens getreten. Ich komme somit zum Schluß: Nicht die Form und Stärke, sondern der Inhalt der Überzeugung ist hier das Unterscheidende, dieser aber rührt von der Verschiedenheit des das Denken bestimmenden Bedürfnisses her.

Der Grund, weshalb *Friedmann* die Überzeugung beim wissenschaftlichen Denken ausgeschlossen haben will, liegt also darin, daß er nicht den tatsächlichen Hergang, sondern ein Ideal im Auge hat, aber ein Ideal, das streng genommen nur für die Überlieferung und die Anwendung feststehender Lehren paßt und hier zu einem sicheren und rein sachlichen

---

[1]) S. *Familler*, Das Heiligenleben in der modernen Psychopathographie. Regensburg, 1915.



Vorgehen verhilft, aber ein Fortschreiten auf neuen Bahnen verhindert, wenn es als Postulat, als Forderung aufgestellt wird. Daß *Friedmann* diese Forderung erhebt, zeigt, daß er das Verhältnis verkennt, das zwischen Überzeugung und Wirklichkeitswert besteht: ich bin von der Wahrheit einer Vorstellung überzeugt, wenn ich ihr einen so hohen Wirklichkeitswert beimesse, daß ich geneigt bin, einen abweichenden Befund als nur scheinbar widersprechend aufzufassen. Was *Friedmann* mit seiner Forderung meint, ist offenbar: nur auf sorgfältiger Abwägung der Gründe, die dafür und dagegen sprechen, soll ich den Wirklichkeitswert einer Vorstellung aufbauen; ich soll nicht Wünsche und Befürchtungen, auch nicht den Wunsch nach raschem oder glattem Abschluß der Untersuchung mitsprechen lassen, keine Mühe scheuen und nur nach möglichst vollständigem Beobachten und reiflichem Durchdenken einen Abschluß herbeiführen, der nicht mehr aussagt, als ich nach ehrlicher, gewissenhafter Prüfung der Sachlage verantworten kann.

Hiermit ist der Gegensatz, den *Friedmann* zwischen suggestivem und forschendem Denken aufstellt, beibehalten, aber auf andere Grundlage gestellt: der Vorgang ist in beiden Fällen gleichartig, indem eine von Andern übernommene oder als eigener Einfall auftauchende Vorstellung das Denken oder Handeln bestimmt, falls nicht hemmende Vorstellungen dazwischen treten, der Gegensatz aber liegt darin, daß dort kein Bedürfnis nach sorgfältiger Begründung besteht und deshalb die Arbeit, die diese kostet, nicht in Frage kommt, während hier aus dem Bedürfnis nach genauer Erfassung der Wirklichkeit heraus immer neue und nie abschließende Arbeit geleistet wird. Dem suggestiven wie dem wissenschaftlichen Denken liegt also das Bedürfnis zugrunde; zunächst dem suggestiven Denken das Bedürfnis, dem Handeln die Richtung zu weisen, weiterhin als Beginn des wissenschaftlichen Denkens das Bedürfnis, diese Richtung dem Zwecke entsprechender zu gestalten und hierzu die Voraussetzungen des Handelns genauer zu erforschen, dem ausgebildeten wissenschaftlichen Denken endlich das hieraus abgeleitete Bedürfnis, den wirklichen Zusammenhang, dessen Kenntnis allein den Erfolg des Handelns gewährleistet, in allen seinen Teilen und mit allen Mitteln zu ergründen, die die Überlegung an die Hand gibt. So wird also Bedürfnis und Arbeit immer umfangreicher, und deshalb ist die Überzeugung, die die Forschung über einen Gegenstand abschließt, um so schwerer zu erlangen, je wissenschaftlicher das Denken wird, während das Suggestivdenken sie vergleichweise mühelos hervorbringt. Schließlich führt das Forschen, wenn es nicht zu einem voll befriedigenden Abschluß gelangt, statt zur Überzeugung nur zur Annahme oder vorläufigen Annahme. Je mehr der Forscher aber diese durch den Erfolg bestätigt findet, um so überzeugter wird er von ihrer Richtigkeit. Und je mehr solche Annahme sich auch Andern und auf andern Gebieten bewährt, um so mehr wird sie Gegenstand allgemeiner Überzeugung, so daß Tatsachen, die ihr widersprechen, zunächst als scheinbar wider-



sprechend aufgefaßt werden. Mag man sie auch dann noch als Annahme bezeichnen, um damit die Bereitwilligkeit auszudrücken, sie jederzeit abzuändern, wenn die Gegengründe überwiegen sollten, oder wenn auch nur eine Tatsache bekannt wird, die entscheidend, nicht scheinbar dagegen spricht, sie hat trotzdem die Eigenart der Überzeugung angenommen. Solche — zum Unterschied vom Suggestivdenken: begründete oder doch, da wir dem Suggestivdenken nicht jede Begründung absprechen dürfen, viel fester begründete — Überzeugungen geben, gleichviel ob sie von Andern auf Treu und Glauben übernommen werden oder zugleich auf eigener Prüfung beruhen, die Möglichkeit, an etwas Festes anzuknüpfen, und bilden so gleichsam das Knochengerüst der Forschung, das dieser ein Fortschreiten gestattet, wobei es sich wohl ereignen kann, daß gerade bei diesem Fortschreiten sich ein Mangel der Unterlage herausstellt und zu ihrer Abänderung zwingt. Zu fordern ist also nicht, daß der Forscher frei ist von wissenschaftlichen Überzeugungen, sondern daß er gegebenenfalls stets bereit ist, deren Grundlage von neuem auf ihre Tragfähigkeit zu untersuchen und eine Überzeugung aufzugeben, wenn ihre Begründung sich hierbei mangelhafter zeigt, als er geglaubt. Diese Forderung drängt sich erst da auf, wo das Bedürfnis besteht, den wirklichen Zusammenhang in allen Teilen soweit als möglich zu erforschen, weil hier erst ein Teil von allen ihn berührenden Teilen abhängig wird und deshalb das Ergebnis einer Untersuchung alle damit zusammenhängenden Gebiete beeinflussen kann. Diese allseitige Verknüpfung ist dem Suggestivdenken fremd und daher die Überzeugung dort im allgemeinen fester, so daß Widersprüche viel leichter als scheinbar aufgefaßt und damit abgetan werden, ja ursprünglich, wo nur das Bedürfnis, dem Handeln die Richtung zu weisen, die Suggestivvorstellung hervorgetrieben hat, überhaupt nicht hervortreten. Der Weg zur Überzeugung ist also beim forschenden Denken viel länger und die Überzeugung viel leichter zu erschüttern als beim Suggestivdenken, sonst aber ist der Sachverhalt derselbe. Auch beim Indianer, der die Treue seiner Frau durch Anspeien des Kokaballens an die Felswand prüft oder die Sonnenfinsternis auf den Zwischenflug eines Vogels zurückführt, trägt zur Überzeugung von der Richtigkeit dieser Vorstellung sehr wesentlich bei, daß sie der herrschenden Denkgewohnheit entspricht und sich in vielen Fällen anscheinend bewährt hat. Wenn man dies außer acht läßt, entsteht der Anschein eines so starken Gegensatzes, wie er bei *Friedmann* sich darstellt, zumal wenn auch das Bedürfnis als gemeinsame Quelle nicht klar hervorgehoben wird. Das Bedürfnis, neue Vorstellungen zu bilden, wo ältere, die sich bewährt zu haben scheinen und allgemein angenommen sind, sich zu bequemem Gebrauche darbieten, entsteht bei primitiven wie bei Kulturvölkern nur in den verhältnismäßig Wenigen, die zu selbständiger Auffassung neigen und ihr mehr als der überlieferten vertrauen, und diesen wird es nur selten gelingen, einen einleuchtenderen Zusammenhang als den geltenden zu finden.



Lehrreich für die Art, wie anscheinend ganz in der Luft schwebende Vorstellungen aus dem Bedürfnis entstehen können, ist auch *Friedmanns* Erörterung über den Animismus. *Friedmann* macht darauf aufmerksam (S. 229), daß „wir auf der primitiven Stufe des menschlichen Denkens nur zwei Gebiete haben, die wir wenigstens theoretisch voneinander trennen können. Das eine ist das Gebiet der praktischen und technischen Lebensfürsorge, Kleidung, Nahrung, Schutz vor feindlichen Angriffen usw. Hier ist alles, was erlebt und entsprechend vorgestellt wird, unmittelbar sinnlich, erfahrungmäßig ... Wir treffen aber noch auf ein zweites mächtiges Gebiet, das, wie die Ausgrabungen aus der Urzeit mit ihren reichen Gräberbeigaben beweisen, ebenfalls schon vom ersten Dämmern des Menschengeistes ab bestanden hat. Auch hier macht die umgebende Welt und Natur Eindrücke auf den Menschen, aber sie nützen ihm weder, noch schaden sie ihm direkt, er bemerkt sinnlich gar keine Wirkung... Nichts bezeugt, daß es noch andere als natürliche, d. h. übernatürliche Wirkungen gibt... Tritt man dieser zweiten Kategorie von Vorstellungen näher, so bemerkt man, daß der Mensch viel mächtiger von ihnen erregt wird als von den ersteren, und daß er ganz ungleich größere Opfer an wertvollem Besitz für sie hinzugeben pflegt als da, wo er praktische Ziele im Auge hat, z. B. Erwerb eines wichtigen Gerätes, Schutz vor Hunger usf. Nun zeigt sich weiter, daß die gebildeten Vorstellungen tatsächlich nicht theoretischer Natur sind, sie entspringen einem instinktiven assoziativen Impulse der persönlichen Eigenbeziehung, d. h. alle eigenen Erlebnisse des primitiven Menschen, die ihn schrecken, und deren Herkunft er nicht kennt, z. B. Krankheit oder Mißernte, werden von dem dem Menschen nahestehenden Toten, aber auch von einem durch sein Erscheinen ihn aufregenden Europäer abgeleitet. ... Aber wie das geschehen sein soll, darüber hat der primitive Mensch nie auch nur sporadisch nachgedacht. Die einzige Hilfsvorstellung ist die, daß er sich den Toten noch irgendwie als Geist lebend denkt, und daß er ähnliche Geister in die Naturdinge versetzt (animistische Vorstellung). Wie mechanisch diese Eigenbeziehung auf den Toten geübt wird, ersieht man auch daraus, daß man ihn nicht für an sich mächtig erachtet, und daß man sich daher so gut wie nie hilfesuchend an ihn wendet. Das aber, was so auf den Menschen wirkt, das sind immer starke, aufregende Sinneseindrücke, wie der Tod eines nahen Verwandten, Sonnenfinsternis, Blitz und Donner.“ Dazu ist zweierlei zu sagen. Einmal: der primitive Mensch kennt jenen Unterschied zwischen natürlichen und übernatürlichen Wirkungen nicht, weil er Naturgesetze, die jenen Unterschied begründen, nicht kennt. Sodann die animistische Vorstellung oder vielmehr, da von dieser im eigentlichen Sinne erst da gesprochen werden kann, wo zwischen Leib und Seele unterschieden wird, die Übertragung des Erlebnisses der eigenen Handlung auf Verstorbene und Naturdinge mußte als „einzige Hilfsvorstellung“ auftreten, sobald überhaupt ein kausaler Zusammenhang gebildet wurde, da nur die Erinnerung an das eigene Wirken dem primitiven Denken den Rahmen



darbot, in dem zunächst auffallende Ereignisse als voneinander abhängig aufgefaßt werden konnten. Erkrankt jemand innerlich oder stirbt eines natürlichen Todes, so wird dies auf primitiver Stufe ganz allgemein als Angriff eines andern aufgefaßt, wie ja noch im Troerkriege Apollon mit Bogen und Pfeil die Pest im Griechenheer hervorruft. Ein solcher Zusammenhang muß aber gefunden werden, damit sich das Schutzbedürfnis betätigen kann. So muß, da Krankheit und Mißernte Erlebnisse sind, die dem regelrechten Ablauf der Dinge fremd scheinen, ein anderes ungewöhnliches Erlebnis mit ihnen in Zusammenhang gebracht werden, also etwa der kürzlich erfolgte Tod eines angesehenen Verwandten oder Häuptlings. Die Art des Zusammenhangs kann verschieden gedacht werden, nur muß sie eine Schutzhandlung ermöglichen, um jenes Bedürfnis zu befriedigen. Daraus, daß der Zusammenhang und die Art desselben aus diesem Schutzbedürfnis entstanden ist, erklärt sich erstens, „daß man den Toten nicht für an und für sich mächtig erachtet, und daß man sich daher so gut wie nie hilfesuchend an ihn wendet“, und zweitens, daß der primitive Mensch nie auch nur sporadisch darüber nachgedacht haben soll, wie Krankheit oder Mißernte vom Toten abzuleiten sind. Diese Ableitung fehlt *nämlich* nur insofern, als der primitive Mensch sich darüber keine Ansicht bildet, wie der Tote den Angriff machen kann. Naturgesetze sind ja nicht bekannt, und daher ist alles möglich, gegen alles zugleich kann aber keine bestimmte Art der Abwehr gefunden werden. Dagegen weiß auch der primitive Mensch, daß nur der angreift, der zornig ist oder sich rächen oder etwas erzwingen will; es gilt also, den Toten zu besänftigen und seine Wünsche zu erfüllen. Damit ist dem Schutzbedürfnis die allgemeine Richtung gewiesen, die nun weiter auf verschiedenen Wegen verfolgt werden kann. Hierüber hat nun zweifellos der primitive Mensch sogar recht eingehend bis ins einzelne nachgedacht und ist dementsprechend auch vor großen Opfern nicht zurückgeschreckt. Übrigens zeigen doch manche Bestattungsgebräuche, daß auch das Nachdenken über die Möglichkeit, den Toten an der Rückkehr zu den Lebenden und damit am Angriff zu verhindern, nicht überall gefehlt hat. Die Überlegung ist also keineswegs ausgeschaltet, nur ist sie durch die Art der Kausalvorstellung und durch das Schutzbedürfnis in ihrer Richtung und in ihren Grenzen bestimmt. Sie fehlt erst dann, wenn solche Schutzhandlungen zur Gewohnheit geworden sind und demnach die Überzeugung von der Richtigkeit der ihr zugrunde liegenden Vorstellung weiterer Begründung nicht bedarf. Daß endlich der primitive Mensch „ganz ungleich größere Opfer an wertvollem Besitz“ für Schutzmittel gegen die ihm seiner Ansicht nach drohende Gefahr „hinzugeben pflegt als z. B. für den Erwerb eines wichtigen Geräts, Schutz vor Hunger usf.“, begründet ebensowenig einen Unterschied des suggestiven vom wissenschaftlichen Denken, denn wichtigen Erwerb hinzugeben und nötigenfalls auch Hunger zu leiden, um sich vor Krankheit und Tod zu retten, gilt auch dem wissenschaftlich Denkenden nicht als unverständiges



Opfer. Immer wieder zeigt sich: die Richtung des Denkens und Handelns wird im allgemeinen vom Bedürfnis, im besonderen von Denkgewohnheiten und Überzeugungen bestimmt, und Überzeugung entsteht, wenn das Bedürfnis eine Vorstellung hervorgetrieben hat, die, weil sie sich bewährt, zum mindesten darin bewährt, daß der Druck des Bedürfnisses aufhört, dem wirklichen Zusammenhang zu entsprechen und damit auch ferner dem Handeln den Erfolg zu sichern scheint. Das gilt für das suggestive wie für das wissenschaftliche Denken.

Ist dies richtig, so muß auch in der besonderen Art des Bedürfnisses der Grund liegen, weshalb die starke Vorstellung auch das letzte der von *Friedmann* so nachdrücklich betonten Merkmale aufweist: „Die suggestive Vorstellung erregt nicht nur direkt eine subjektive Überzeugung, sondern sie ist lebhaft sinnlicher, anschaulicher Art, sie entsteht ohne Reflexion und ist geeignet, in Andere, ohne jede logische Begründung, eingepflanzt zu werden, und sie erzeugt weiter einen starken Impuls zur Aktivität" (S. 215). Das zuletzt angeführte ist zugleich das wichtigste Merkmal, denn auch wissenschaftliche Vorstellungen können unter Umständen wenigstens annähernd die übrigen Kennzeichen an sich tragen, ermangeln aber gerade dann völlig des letzten. Wenn in der Physikstunde etwa die doch sicher recht anschauliche Atomlehre vorgetragen wird, so kann die subjektive Überzeugung von ihrer Wahrheit auch ohne — noch dazu logische — Begründung dem Schüler eingepflanzt werden, der sie ohne Reflexion hinnimmt, auch wenn er sich nicht erst besonders überlegt, daß der Lehrer ihm keinen Unsinn vormachen dürfe und werde: aber einen starken Impuls zur Aktivität erzeugt sie gerade in diesem Falle gewiß nicht. Dagegen „beim religiösen Denken hat diese Seite des Suggestivvorstellens den Drang und Zwang zu einem Kultusdienst einerseits, und den starken Impuls zur Übertragung auf andere, d. h. den Fanatismus, fast immer im Gefolge gehabt. Das liegt ganz gewiß sonst nicht in dem Vorstellen an sich begründet, am allerwenigsten in der Idee des Unendlichen (mit der man die religiöse Suggestivwirkung glaubte in Zusammenhang bringen zu können), wohl aber in der psychologischen Wirkung nachhaltigen starken, d. h. suggestiven Vorstellens" (S. 215).

Aber nicht jedes religiöse Denken führt zum Kultusdienst und Fanatismus;, sondern nur das, welches äußerlich Gottes Schutz und Hilfe herbeiführen will, nicht das, welches auf die Ergebung in den göttlichen Willen abzielt und mit der Bitte endet: Nicht mein, sondern dein Wille geschehe. Sicher ist das Bedürfnis, das Religion schuf und erhält, höchst persönlicher Art und geht viel unmittelbarer als das wissenschaftliche Bedürfnis auf die Grundtriebe des Menschen zurück. Glück und Unglück des Einzelnen und der Gesamtheit vom Zufall oder von einer unerbittlichen Notwendigkeit abhängig zu denken, ist hart und geeignet, gerade feinere Naturen mit lähmendem Entsetzen zu erfüllen. Namentlich dann, wenn allgemeine oder besondere Not die Aussicht in die Zukunft verdüstert, kann das Bedürfnis



unabweisbar werden, Halt und Schutz vor den drohenden Gefahren an einer über dem Zufall oder der blinden Naturnotwendigkeit waltenden Macht zu finden und zugleich die Entscheidung über das, was zu tun ist, auf die Weisung dieser Macht zurückzuführen, der damit gewissermaßen die Verpflichtung zufällt, es zum Guten ausgehen zu lassen. Durch welche Vorstellungen dies Bedürfnis befriedigt wird, richtet sich nach Überlieferung und äußeren Einflüssen, nach Denkfähigkeit und Denkgewohnheit des Einzelnen. Je unmittelbarer aber die Überzeugung, die das Bedürfnis stillt, die Befriedigung der Grundtriebe verspricht, um so ungehemmter wirkt deren Kraft zwar nicht auf die Stärke der Überzeugung, aber auf die Stärke des Handelns im Sinne der Überzeugung. Beides muß auseinandergehalten werden. Die Stärke der Überzeugung kann gleichgroß sein beim Muhammedaner und beim Anhänger Spinozas, Kants und Fechners, aber der Inhalt der Überzeugung entspricht dem Bedürfnis nach Glück dort im unmittelbaren Anschluß an die Grundtriebe des Menschen, an Nahrungs-, Schutz-, Geschlechtstrieb, hier in weitem Abstand von ihnen; dort wirken diese daher mit ungeschwächter Gewalt auf das Handeln ein, dessen Richtung — aber nicht, dessen Kraft — von der Überzeugung bestimmt wird, hier haben sie sich so verästelt und verfeinert, daß *ihre* ursprüngliche Wucht gebrochen, ihre reißende Strömung ruhig geworden ist. Deshalb dort mehr stoßweises, von der augenblicklichen Lage und äußeren Einflüssen abhängiges Aufflammen wilder Begeisterung mit ungestümem, leidenschaftlichem Tatendrang, hier mehr auf die Betrachtung beschränkte Gefühlsbetätigung und besonnenes, einheitliches Handeln, dort eben vorwiegend Trieb-, hier Willenshandlung. Wie sehr der Wunderglaube in Verbindung mit Krankenheilung, wie sehr also auch gerade der oben erwähnte Reliquienglaube einem ursprünglichen Triebe, dem Schutztriebe, die Richtung weist, ohne ihn durch abgeleitete Bedürfnisse und dadurch eingeschaltete Überlegungen zu klären und umzuformen, leuchtet ohne weiteres ein, und auf diesem Vorwalten des ursprünglichen Triebes, nicht auf der Stärke der Überzeugung beruht auch der Unterschied in der „Stärke der Vorstellung" des Reliquiengläubigen und des wissenschaftlich Denkenden. Jenem ist durch seine Überzeugung der Weg zur Hilfe gewiesen, dieser bedarf der Überlegung, um den rechten Weg zu finden. Sieht jener mehrere Wege, die ihm im Rahmen seiner Überzeugung zum Ziele zu führen scheinen, so bedarf er auch dann keiner Überlegung darüber, welchen er einzuschlagen hat, denn der Priester ersetzt ihm den eigenen Entschluß; der wissenschaftlich Denkende kann sich in solchem Falle wohl auch mit Andern beraten, aber die Entscheidung nicht von sich abwälzen.

Auch der Fanatismus, den starke Ideen so leicht entfesseln, die gewaltsame, oft blutige Propaganda, in der sich bei ihnen ein „impulsives Reaktionsbedürfnis" äußert, ist auf die Macht der menschlichen Urtriebe zurückzuführen, deren Strom gerade in jenen Ideen, die eine fanatische Propaganda begünstigen, mit ungebrochener Gewalt und ohne den schützen-

den Damm fern abgeleiteter Bedürfnisse und hemmender Überlegungen wahllos daherbraust. Das gilt aber nur für die fanatische, nicht für jede Art der Verbreitung starker Vorstellungen, und *Friedmann* geht entschieden zu weit, wenn er sagt: „Auch für die Propaganda kann kein logisches Motiv geltend gemacht werden, es ist der Drang, Andern zu suggerieren, was die Person selbst so stark erfüllt" (S. 231). Wer überzeugt ist, daß er in seiner Lehre die Anwartschaft auf himmlische Seligkeit besitzt, gegen die alle irdischen Leiden nichts sind, und daß die Ausbreitung der Lehre Gottes Wille sei, hat, wenn er seine Mitmenschen liebt und Gott gehorchen will, logischerweise das Bedürfnis, Andere zu bekehren, und ebenso der, welcher einen Fortschritt seines Volkes oder der Menschheit, vielleicht auch eigenen Vorteil von der allgemeinen Herrschaft seiner Idee erwartet. Das Bedürfnis zur Propaganda entspricht also nicht der Stärke, sondern dem Inhalt der Idee, und der Wille dazu ist nicht motivlos, sondern durch Überlegung abgeleitet. Nur die rücksichtlose, gewaltsame Art der Ausbreitung, die unbekümmert durch Leid und Tod der Mitmenschen leidenschaftlich ihrem Ziele nachjagt, ist Folge des ungebändigten Triebes, dem die starke Idee die Richtung gibt.

Wenn *Friedmann* den Begriff der starken Idee an dem von ihm eingehend geschilderten Verhalten primitiver Völker gegenüber aufregenden Ereignissen, wie Tod eines nahen Verwandten, Sonnenfinsternis, Blitz und Donner, entwickelt, so scheint mir gerade aus seinen Ausführungen hervorzugehen, daß die von mir gegebene Begründung auf diese Verhältnisse gleichfalls zutrifft. Ein ursprünglicher Trieb, der Schutztrieb, erzeugt das Bedürfnis nach einem vermittelnden und die Art der Abwehr bestimmenden Gedanken und entlädt nun seine Kraft in der Richtung dieses Gedankens. Auch *Friedmann* bezeichnet die sich hier bildenden Vorstellungsverknüpfungen als „Beispiele primärer Eigenbeziehungen" und führt die Reaktion des primitiven Menschen „gegen jene Einwirkungen, welche die Natur und böse Menschen ihm gegenüber üben", zurück auf „die Absicht, das Schädliche abzuwehren, das Nützliche herbeizuführen". Einseitig ist nur sein Schluß: „Jeder starke Eindruck bewirkt direkt ohne Reflexion und ohne Motiv bestimmte, für den Menschen zwingende Ideenassoziationen, besonders die der Eigenbeziehung, und er veranlaßt ebenso direkt den starken Impuls zu einer tätigen Reaktion darauf, deren Wirkungsart ebenfalls nicht überlegt wird" (S. 230). Daß dies nicht immer zutrifft, zeigte ich schon und leitete die Stärke der Vorstellung aus dem Bedürfnis ab. Inzwischen hat sich ergeben, daß im Bedürfnis der Trieb, der in ihm wirksam ist, und der durch die vom Bedürfnis herbeigeführte Vorstellung seine besondere Richtung erhalten hat, dieser Vorstellung die ihr eigentümliche Stärke verleiht. Er ist „der starke Impuls zu einer tätigen Reaktion", der durch die „für den Menschen zwingenden Ideenassoziationen" nur seine Richtung erhält, und er, nicht der starke Eindruck, bewirkt jene zwingenden Ideenassoziationen — das beweist der Indianer, der die Treue



seiner Frau durch den an die Felswand gespienen Kokaballen prüft, oder der Wilde, der durch die Haare des Europäers dessen Macht und Weisheit auf sich überträgt. Nur weil *Friedmann* den Trieb und das Bedürfnis in ihrer Bedeutung nicht genügend betont, kommt er zu jener irreführenden Auffassung, daß „die Vorstellung an und für sich eine starke psychische Kraft oder Macht ist".

Aber auch die plastische Anschaulichkeit, die *Friedmann* mit Recht als notwendige Eigenschaft seiner „starken" Vorstellung hervorhebt, kann jetzt dem richtigen Zusammenhange eingefügt werden. Ich begründete vorhin die Tatsache, daß bei Naturvölkern und nicht nur bei ihnen der Einfall um so kräftiger wirkt, je anschaulicher er ist, damit, daß anschauliches Denken ursprünglicher ist und im allgemeinen viel leichter vor sich geht als begriffliches Denken. Das ist wohl richtig, zeigt den Sachverhalt aber nur von einer und nicht einmal von der wichtigsten Seite. Wichtiger ist, daß die ursprünglichen Triebe nicht mit Vorstellungen, sondern mit gefühlsbetonten Empfindungen verwachsen sind und somit auch durch sie am leichtesten geweckt werden, und daß die Anschaulichkeit einer Vorstellung ja gerade auf ihrer unmittelbaren Entstehung aus einem *erlebten* Empfindungszusammenhang beruht. Die Schilderung einer Landschaft, eines Vorgangs wird dann anschaulich genannt, wenn der Hörer die vom Redner ihm vermittelten Vorstellungen unwillkürlich auf selbsterlebte — wenn auch in anderem Zusammenhang erlebte — Eindrücke zurückführt und sie sich so in der Einbildung mühelos sinnlich gestalten kann. Sind solche Eindrücke nun zugleich mit Trieben verknüpft gewesen, so werden auch diese mit ihnen leicht hervorgerufen und können jetzt auf Grund jener Schilderung von neuem wirksam werden. Je ursprünglicher aber, je enger also mit gefühlsbetonten Empfindungen verknüpft ein Trieb ist, um so stärker und um so allgemeiner verbreitet ist er auch, und so erklärt es sich, daß die starke und zur Übertragung auf andere geeignete Vorstellung „vor allen Dingen plastisch anschaulich und bestimmt, reich an den Sinnen vorstellbarem Detail (Schilderung von Verelendung bei den Sozialisten, von Hölle und Himmel, bestimmten Prophezeiungen bei religiösen Dingen usw.)" sein muß (S. 280). Hiernach ist in der Tat „leicht für uns verständlich" die Bedeutung, die für die Ausbreitung von ideellen Bewegungen „der Grad der Erregbarkeit des Vorstellens" besitzt, „also sowohl das Maß von plastischer Anschauungs- und Gestaltungskraft als der Grad der Gemütsbetonung und Leidenschaftlichkeit, welcher den Vorstellungen beiwohnt" (S. 303—304), aber leicht verständlich nur deshalb, weil wir zur Begründung den Trieb, und zwar den starken Trieb, herangezogen haben, ohne den die Leidenschaftlichkeit nicht zustande käme.

Es berührt nach allem, was ich bisher ausgeführt habe, zunächst eigentümlich, wie hoch gerade *Friedmann*, der beim Forschen jedes subjektive Element fernhalten und den logischen oder objektiven Wert der Argumente und Tatsachen allein entscheiden lassen will, den Wert des Genies



nicht nur für das Suggestivdenken, sondern auch für die wissenschaftliche Forschung einschätzt. Ungern widersteht er der Verlockung, „andeuten zu wollen, was die einzelnen genialen Männer unserer eigenen Kultur geleistet haben, was wir wohl davon besitzen würden, wenn uns solche ersten Größen gefehlt hätten, und wie endlich sowohl die soziale als die wissenschaftliche Errungenschaft heute aussehen würde, wenn nicht gerade sie, ein Moses, ein Christus und Paulus, ein Aristoteles, Galilei, Newton, Kant, endlich ein Lavoisier, Schwann, Darwin, Virchow, Lister und Koch und wie alle die führenden Geister heißen, gekommen wären. Kann man wirklich glauben, daß die Art der geistigen Entwicklung der Menschheit, ihre Ideenrichtung in erster Linie inneren psychologischen Gesetzen folgt, und daß die Individualität der einzelnen Bahnbrecher mehr nebensächlich dafür sei?" (S. 237). Damit hebt *Friedmann* einen subjektiven Faktor hervor, der freilich von wesentlicher Bedeutung für den Fortschritt der Wissenschaft ist. Bedürfnis und Kritik allein würden die wissenschaftliche Bewegung oft über einen toten Punkt nicht fortführen können. Glück oder Genie muß ihnen zu Hilfe kommen und den fruchtbaren Einfall liefern, der weiter trägt. Aber *Friedmann* hat doch vielleicht recht, diesen subjektiven Faktor als objektiv in seine Betrachtung einzuführen, wenn nämlich nur der Einfall als fruchtbar gilt, der der Wirklichkeit näherbringt. Es fragt sich nur, wie das zu verstehen ist. Oft gibt der fruchtbare Einfall keineswegs genauer als die bisherige Auffassung die Wirklichkeit wieder, weil er neben richtigen auch falsche Bestandteile enthält, die mit jenen so innig verquickt sind, daß beide zusammenzugehören scheinen, und erst nach langer kritischer Arbeit die Aussonderung gelingt. Das Ergebnis ist aber nicht vorauszusehen, und die Arbeit würde daher nicht übernommen werden, wenn nur der logische oder objektive Wert der Argumente und Tatsachen entschiede, der zunächst oft gegen die neue Auffassung spricht. Oder der neue Zusammenhang wird nur ganz im allgemeinen geschaut und entbehrt noch größtenteils des Anschlusses an die Erfahrung im einzelnen. Dann hat die eigene oder fremde Kritik es leicht, ihn als unbegründet zu verwerfen, und muß ihn sogar abweisen, sofern sie sich nur auf objektive Argumente und Tatsachen stützen darf. Denn erst, wenn der Zusammenhang, der den einzelnen Fall zu erklären scheint, sich auch für möglichst viele ähnliche Fälle als geeignet erweist und diese somit unter einen Gesichtspunkt zusammenzufassen gestattet, ist hieraus zu folgern, daß nicht die besondere Lage des ersten Falles jenen Zusammenhang nur vorgetäuscht hat. Aber um die Ähnlichkeit der Fälle zu erkennen, muß die Vorstellung jenes Zusammenhangs dauernd festgehalten und immer wieder an neue Beobachtungen oder Erinnerungen herangetragen werden, sie muß gewissermaßen stets bereit liegen, um sich an neuen Tatsachen prüfen zu lassen. Erst wenn sich immer wieder der gleiche Zusammenhang ergibt, ist der Schluß berechtigt, daß ein wirklicher Zusammenhang darin getroffen ist. Also im Kampf mit eigener und fremder Kritik muß der fruchtbare



Einfall vielfach sich durchsetzen, und nur ein starkes Bedürfnis und die subjektive Überzeugung, auf dem rechten Wege zu sein und auf Grund jenes Einfalls das Bedürfnis befriedigen zu können, vermag die zur Arbeit und zum Kampf erforderliche Kraft hervorzutreiben. Ähnlich hat *Edinger* kürzlich aus Anlaß von *Ehrlichs* Tode den Schöpferischen in Gegensatz zum Kritischen gestellt [1]) — das geniale Denken ist ja schöpferisch durch fruchtbare Einfälle, und diese werden, ein hinreichend starkes Bedürfnis vorausgesetzt, um so fruchtbarer, je härteren Widerstand ihnen nachträglich das kritische Denken entgegenstellt, das nicht die ersten, sondern die passendsten Gedanken, die das Bedürfnis hervorbringt, durchgehen läßt und ihnen durch Reibung die rechte Form verleiht. Schon Lessing sagt, als er vom Nutzen der Kritik spricht (Hamb. Dramat., 100.—104. Stück): „Ich bin mißtrauischer gegen alle ersten Gedanken als de la Casa und der alte Chandy nur immer gewesen sind. Denn wenn ich sie auch schon nicht für Eingebungen des bösen Feindes, weder des eigentlichen noch des allegorischen, halte, so denke ich doch immer, daß die ersten Gedanken nicht die besten sind, und daß das Beste auch nicht einmal in allen Suppen obenauf zu schwimmen pflegt. Meine ersten Gedanken sind gewiß kein Haar besser als jedermanns erste Gedanken; und mit jedermanns ersten Gedanken bleibt man am klügsten zu Hause." Das ist ganz im Sinne *Friedmanns*, der wohl auch den halb ironischen, halb von Herzen kommenden Worten Lessings zustimmen würde, die kurz vorher stehen: „Ich bin immer beschämt oder verdrießlich geworden, wenn ich zum Nachteil der Kritik etwas las oder hörte. Sie soll das Genie ersticken, und ich schmeichelte mir, etwas von ihr zu erhalten, was dem Genie sehr nahe kommt. Ich bin ein Lahmer, den eine Schmähschrift auf die Krücke unmöglich erbauen kann. — Doch freilich, wie die Krücke dem Lahmen wohl hilft, sich von einem Orte zum andern zu bewegen, aber ihn nicht zum Läufer machen kann, so auch die Kritik." Was hier Lessing von der Kunstkritik sagt, gilt von aller Kritik. Sie kann bewirken, daß von den Einfällen, die als Antwort auf eine Frage auftauchen, der fruchtbarste festgehalten wird, aber sie kann ihn nicht schaffen; höchstens kann das Wissen, das in ihr flüssig gemacht wird, die günstige Konstellation ergeben, aus der der rettende Gedanke hervorblitzt. So ermöglicht die Krücke der Kritik die Fortbewegung, aber erst dann, wenn deren allgemeine Richtung ins Auge gefaßt, wenn ein neuer Zusammenhang als möglich geschaut, eine neue Fragestellung gefunden ist.

Auf die Neuheit des Gesichtspunktes, unter den die Tatsachen gestellt werden, kommt es also zunächst an, dann aber muß der neue Gesichtspunkt sich auch als fruchtbar erweisen, d. h. der Zusammenhang, den er sichtbar macht, muß der Wirklichkeit näher führen. Zum Genie gehört also nicht

[1]) *L. Edinger*, Der Schöpferische und der Kritische. Berl. med. Wschr. v. 15. Nov. 1915. Vgl. dazu *Posner*, Berl. klin. Wschr. v. 6. Dez. 1915.



nur ein über den Durchschnitt gesteigertes Bedürfnis nach neuen und zwar der Wirklichkeit entsprechenden Zusammenhängen, sondern auch eine besondere Begabung, solche zu finden, die nicht mit dem Bedürfnis verbunden zu sein braucht. Eine weit verbreitete Auffassung geht ferner dahin, daß das geniale Denken noch viel mehr als das gewöhnliche im Unbewußten stattzufinden pflege, und daß der geniale Einfall plötzlich wie ein Blitz in der Nacht auftauchend das bisherige Dunkel erhelle. Diese Auffassung ist wohl zunächst aus dem Bereich künstlerischer Anschauung und zumal aus dem Gebiete der Dichtkunst und der Musik hergenommen, ich möchte sie aber auch für die Wissenschaft nicht ganz zurückweisen. Wie etwa ein lyrisches Gedicht innere und äußere Vorgänge zusammenreiht und durch deren Zusammenhang eine Stimmung zum Ausdruck bringt, so setzt der wissenschaftliche Einfall einen Zusammenhang von Tatsachen, und beide Zusammenhänge sind nur dadurch wertvoll, daß sie der Wirklichkeit auf neue Art entsprechen, daß also jener die gleiche Stimmung beim empfänglichen Hörer wirklich hervorbringt, dieser unter gleichen Verhältnissen immer wieder beobachtet wird. Einfälle kommen ja aber nicht ohne Ursache, und wenn ihr Zusammenhang mit andern Vorstellungen auch nicht bewußt wird, so ist er doch vorhanden. Jeder neu gefundene Zusammenhang setzt also voraus, daß ein ähnlicher Zusammenhang schon gebildet war und jetzt nur auf neue Verhältnisse übertragen wird. Dabei können mehr oder weniger Zwischenglieder übersprungen werden. Wird jener ähnliche Zusammenhang nicht bewußt, dann entsteht, um so stärker, je mehr Zwischenglieder übersprungen werden, der Eindruck, daß der Einfall unvermittelt aus dem Unbewußten emporsteigt. Wichtiger ist noch ein Zweites. Der Wert des gefundenen Zusammenhanges steigt mit dem Umfang seiner möglichen Anwendung auf ähnliche Verhältnisse, also dadurch, daß er nicht nur in gleichen, sondern auch in gleichartigen Fällen sich bewährt und somit im einzelnen etwas Typisches aufzeigt, und erst das dunkle Bewußtsein, daß das hier zutrifft, und daß dem Einfall eine weitreichende Geltung zukommt — dunkel, weil die einzelnen Anwendungsmöglichkeiten nicht klar bewußt sind — macht dann in Wahrheit das aus, was man als das Hervortauchen des genialen Einfalls aus dem Unbewußten zu bezeichnen pflegt. Wie der Blitz erhellt er den ganzen Umkreis, aber nur das Nächste ist zu erkennen, alles Fernere ist verschwommen und undeutlich und wird mehr geahnt als wahrgenommen. Dieses Ahnen setzt voraus, daß auf verschiedenen Gebieten Teile jenes Zusammenhangs schon gebildet sind, daß also überall schon Verknüpfungen bestehen, die gewissermaßen darauf warten, von dem neuen Zusammenhang ergriffen und in ihn eingereiht zu werden. Dies aber erklärt zugleich die Leistung aus dem Unbewußten heraus, indem jene bereits bestehenden Verknüpfungen den Untergrund bilden, aus dem der Einfall entstehen konnte. Ist dem so, so läßt sich auch die Berechtigung der Ansicht aufzeigen, die das geniale Denken vorzugweise im Unbewußten stattfinden läßt. Auch das

bewußte Denken stellt, zumal wenn es sich auf einen größeren Umkreis erstreckt und zahlreiche Zusammenhänge in sich vereinigt, nur Gipfelpunkte dar, die bald hier, bald da aus dem Meer des Unbewußten hervorragen, dieses Hervorragen bedeutet aber, daß die Aufmerksamkeit nicht mehr völlig von den Ausgangpunkten gefesselt wird und sich einzelnen, von diesen angeregten Nebenvorstellungen zuwendet, die dadurch stärker betont werden und so den Gang des Denkens, falls dieser nur von den Ausgangpunkten bestimmt werden soll, einseitig beeinflussen und leicht aus der ursprünglichen Richtung ablenken. Infolgedessen kann die Leistung dem Gegenstande angemessener, sachlicher ausfallen, wenn sie völlig im Unbewußten vor sich geht, wo jene das Ergebnis verschiebende Ablenkung fehlt. Freilich nur unter der Voraussetzung, daß die von den Ausgangpunkten ausgehende Wirkung allein genügt, die Gedankenfäden folgerichtig sich bis zum Ergebnis fortspinnen zu lassen, daß sie, vor Störung bewahrt, schließlich an gemeinsamer Stelle zusammenlaufen und mit vereinigter Kraft die aus ihnen hervorgehende Vorstellung ins Bewußtsein heben. Ist die Unterlage, an die die Gedankenfäden sich heften, nach Anlage und Ausbildung nicht so günstig geartet, daß sie den Fäden, welche von den Ausgangpunkten aus vorwärts getrieben werden, die rechte Richtung verleiht, so kommt ein besseres Ergebnis zustande, wenn bewußte Vorstellungen im Meer des Unbewußten als Inseln auftauchen, hier eine Hemmung überwinden, dort die Richtung bestimmen und so doch einigen Fäden zu einem gemeinsamen Ziel verhelfen. Wo aber bei guter Unterlage die Zwischenvorstellungen im Unbewußten bleiben, wird der Weg nicht nur rascher durchlaufen, sondern es wird sich im glücklichen Falle auch ein das Wesentliche besser zusammenfassender Einfall ergeben.

Wenn nun aber auch das größte Genie sein Geschäft selten völlig rein und ohne jede Verschiebung durchführen wird und daher, um sicher zu gehen, der Kritik bedarf, so darf es sich ihr doch nicht völlig überlassen, denn es wird ihm kaum je gelingen, die Fäden, die es unbewußt gesponnen hat, sich so bald ins Bewußtsein zu bringen und damit den genialen Einfall von seinem Ursprung aus zu begründen. Je weniger es das vermag, um so leichter hat es die Kritik, seine Kreise gleich anfangs zu verwirren und die Weiterverfolgung und bewußte Begründung des Einfalls durch Entgegenhalten herrschender und scheinbar widersprechender Vorstellungen zu hemmen, um so mehr, je weniger das Genie darauf aus ist, seinen Einfall als solchen durchzusetzen, und je mehr es ihm allein um die getreue Wiedergabe der Wirklichkeit zu tun ist. Nur das dunkle Bewußtsein, nicht geirrt zu haben, das als Nebenergebnis jener unbewußten Tätigkeit emportaucht, kann ihm in solchem Falle die Kraft geben, zunächst der eigenen Kritik zu trotzen und sich durch sie nicht vom genaueren Ausspinnen und Prüfen des neuen Zusammenhangs zurückschrecken zu lassen. Was ist dies Bewußtsein aber anderes als die Überzeugung, auf dem rechten Wege zu sein, also auf wissenschaftlichem Gebiete die Überzeugung, daß



die Zukunft früher oder später, durch eigene oder fremde Arbeit, die Fruchtbarkeit des Einfalls erweisen wird? *Friedmanns* Merkmale der Überzeugung (S. 217), „daß die Idee in Zukunft festgehalten wird, daß sie bei verwandten neuen Vorkommnissen sich als wirksame Analogie bewährt, und daß nicht notwendig kontrastierende Vorstellungen dabei auftauchen", passen in allen Teilen auf das Bewußtsein, daß jener Einfall, obwohl er jetzt dem kritischen Denken nicht standhalten kann, doch Richtiges enthält, denn er wird allen Bedenken zum Trotz festgehalten, wird bei jeder Gelegenheit weiter sich wirksam erweisen und nicht notwendig die Vorstellung hervorrufen, daß möglicherweise die Zukunft ihm Unrecht geben wird.

Diese Überzeugung erwächst dem Genie aber oft auch dadurch, daß die dem Genie eigentümliche Begabung für wirklichkeittreues Denken und das Bedürfnis hierzu sich auf dem Gebiete, auf dem der fruchtbare Einfall gelingt, schon vorher im Auffinden weniger umfassender Zusammenhänge betätigt und so ein Vertrauen auf die eigene Leistung und eine Erschütterung fremder Autorität hervorgerufen hat. In andern Fällen mag das Genie früher zur aufmerksamen Betrachtung der Tatsachen gelangen, ehe es die herrschenden wissenschaftlichen Ansichten in allen Auszweigungen in sich aufgenommen hat, so daß der Boden nur durch eigene Arbeit vorbereitet, nicht durch überkommene Meinungen einseitig beeinflußt ist. Man denke an Darwins genaue Naturbeobachtung auf Jagden und aus Anlaß von Sammlungen bei Vernachlässigung wissenschaftlicher Vorlesungen und eingehenden Bücherstudiums, das er erst später nachholte, als er dessen bedurfte. Hier wurde der Boden fruchtbar durch eigene Beobachtung und zugleich der Einfluß der Kritik hinausgeschoben und somit abgeschwächt; in andern Fällen schuf vorherige eingehende Beschäftigung mit andern Wissenszweigen die Möglichkeit, daß neue Früchte ungehindert erwachsen konnten, die der alte Boden allein nicht getragen hätte.

Die Möglichkeit, daß die Kritik den fruchtbaren Einfall tötet, ist also keineswegs ausgeschlossen, wenn nur der objektive Wert der Argumente und Tatsachen entscheiden soll. Soll die Kritik das Genie fördern, so muß sie zunächst den rein objektiven Boden verlassen und sich in den Dienst des subjektiven Bedürfnisses stellen, die von diesem emporgetriebenen Einfälle nicht niederdrücken, sondern sieben, und wenn auf diese Weise die Überzeugung entsteht, daß einer derselben der Wirklichkeit näher führt, die Voraussetzung gelten lassen, daß die ihm entgegenstehenden Gründe und Tatsachen nur scheinbar widersprechen, mag der Widerspruch jetzt auch noch so stark hervortreten und seine Auflösung erst einer fernen Zukunft beschieden sein. Sie muß, um das angeführte Bild *du Bois-Reymonds* zu gebrauchen, die Tragfähigkeit der Planken abschätzen, dann aber die Meerfahrt auf der, die als die tauglichste befunden ward, antreten und den Kompaß abgeben, der die Richtung auf das jenseitige Festland einzuhalten gestattet; nur so kann der geniale Einfall durchdringen und schließlich auf rein objektivem Boden landen,



wobei es nebensächlich ist, ob die Landung dort erfolgt, wohin der Einfall ursprünglich zielte, oder ob das Festland, zu dem er mit Hilfe der Kritik führt, in anderer Richtung gelegen ist.

Die Forderung, daß beim Forschen jede subjektive Überzeugung aufgehoben sein soll, würde somit, auch wenn ich nur den Einfall als fruchtbar gelten lasse, der der Wirklichkeit näherbringt, oft gerade die Leistungen genialer Männer aufs äußerste beeinträchtigen. Forschung und Kritik müssen unterschieden werden, das kritische Denken gehört zum forschenden Denken, macht es aber nicht aus. *Friedmann* sagt: „Unter kritischem Denken versteht man die Hemmung, die Abwehr jeden subjektiven Faktors beim Urteilen" (S. 219). Eine Hemmung ist gut, wenn man den Standpunkt nicht verlassen und nur von ihm aus genau Umschau halten und beobachten will. Zum Vorwärtskommen, zur Gewinnung eines neuen Standpunkts bedarf man aber der bewegenden Kraft, die durch Hemmung nicht unwirksam gemacht, sondern nur in der rechten Richtung gehalten werden soll, dies heißt aber, daß Bewegung und Hemmung miteinander abzuwechseln haben, so daß jeder Bewegung eine, wenn auch nur allgemeine, Überschau folgt. Die Krücke der Kritik ist, um mit *Lessing* zu reden, zur Fortbewegung erforderlich, und nur ein guter Läufer, d. h. derjenige, der bloß fruchtbare, wirklichkeittreue Einfälle hätte, also die Unterscheidung zwischen fruchtbaren und unfruchtbaren Einfällen nicht benötigte, könnte sie entbehren, sie dient aber zur Fortbewegung nur dann. wenn der Fortschreitende sie in richtiger Weise, seinem Bedürfnis entsprechend, gebraucht, nicht wenn sie selbständig wird und ihm etwa zwischen die Beine gerät. Das subjektive Element, das Bedürfnis, muß vom objektiven Elemente, der Kritik, zwar gehemmt und geregelt werden, aber die Führung behalten, wenn Neues und Fruchtbringendes gelingen soll. Gerade wer mit *Friedmann* die Individualität der einzelnen Denker als so wichtig für den Fortschritt der Menschheit ansieht, sollte also das subjektive Element nicht so völlig aus dem wissenschaftlichen Denken ausschalten.

Nur das kann man sagen: der neue Weg, den das Genie einschlägt, wird durch subjektive Kräfte gefunden und gebahnt, aber wenn dieser Seitenpfad in den allgemeinen Weg der Wissenschaft wieder einmündet, wenn so der Gewinn dieses Seitenpfades klar hervortritt und das Neue sich bewährt hat, dann endet mit diesem Ergebnis das Subjektive im Objektiven: „Die Forschungsresultate sind unabhängig vom subjektiven Element, sie müssen für jeden, der zu reflektieren versteht, gleich vorbildlich sein." — Zwar meine ich gezeigt zu haben, daß sie nur für den verbindlich sind, der vom gleichen Bedürfnis ausgeht oder doch vom gleichen Bedürfnis dann erfüllt wird, wenn der Weg gewiesen ist, auf dem es befriedigt werden kann. Aber das Bedürfnis, auf dem neuen Wege Wahrheit zu suchen, pflegt sich rasch zu verbreiten, wenn Erfolge sichtbar werden, die auf den alten Wegen nicht zu erreichen waren, und damit die Über-



zeugung sich einstellt, daß hier noch weitere Erfolge zu erringen sind. Diese Überzeugung wird zwar nicht ohne Kritik erlangt, aber diese Kritik gründet sich nicht auf objektiven Boden, sondern auf den vorerst schwankenden Boden einer Annahme, und diese Annahme verdankt ihre Kraft dem allgemeinen Bedürfnis der Neuzeit nach Beherrschung der Natur, das jeden Weg willkommen heißt, der diesem Ziele näher führen könnte. Wohl dürfen wir nicht vergessen, daß auch der heutige Mensch noch andere Bedürfnisse hat und nicht vom Brote der Naturwissenschaft allein lebt, daß die Mischung dieser Bedürfnisse verschieden und daher subjektiv ist, und daß jedes dieser Bedürfnisse, nicht nur das naturwissenschaftliche, auf einen wirklichen Zusammenhang gerichtet ist. Aber auch wenn wir uns, wie billig, auf die Naturwissenschaft beschränken und nur das Bedürfnis, den wirklichen Naturzusammenhang zu erkennen, zugrunde legen, so sind doch in diesem unendlich viel verschiedenartige und sich durchkreuzende Einzelzusammenhänge verflochten, deren wahre und erschöpfende Darstellung keinen Widerspruch enthalten würde, deren jetzige Darstellung aber unvollkommen ist und sich der Wahrheit und Vollständigkeit nur allmählich nähert. Die Kritik hemmt, d. h. sie deckt Widersprüche auf und richtet somit das Bedürfnis auf deren Beseitigung; so sorgt sie für möglichst widerspruchfreie Einordnung der einzelnen Tatsachen in die Wissenschaft. Solange keine neuartigen Zusammenhänge aufgestellt werden, solange es sich also um bloße Einordnung neuer Tatsachen in bekannte Zusammenhänge handelt, herrscht sie zweifellos mit Recht; soll aber ein Zusammenhang neuer Art gewonnen werden, der in die bisherige Ordnung eingreift, so muß die von subjektiven Elementen unbeeinflußte Kritik, die den bisherigen wissenschaftlichen Besitzstand zur Unterlage hat, jenen mit dem bisherigen Wissen unvereinbaren Zusammenhang solange verwerfen, bis das Neue sein Daseinsrecht bewiesen, d. h. die Wahrscheinlichkeit dargetan hat, daß es sich um einen wirklichen Zusammenhang handelt, dann aber den Widerspruch zwischen dem neuen und den alten Zusammenhängen so lange hervorheben und damit zeigen, daß der wirkliche Zusammenhang noch nicht zutreffend wiedergegeben ist, bis dem Bedürfnis, diesen von allen Seiten richtig aufzufassen und damit dem Ziele der Naturbeherrschung näher zu kommen, die Beseitigung jenes Widerspruchs glückt.

Gerade die Betrachtung des genialen Denkens zeigt somit deutlich die Stellung an, die der Kritik zukommt. Sie soll die Befriedigung eines Bedürfnisses möglichst fördern und sichern, indem sie die Vorstellungen, die zur Befriedigung des Bedürfnisses auftauchen, auf ihre Tauglichkeit hierzu beurteilt. Dem philosophischen Geiste des Aristoteles war an logisch-wissenschaftlicher, widerspruchfreier Ordnung der Erscheinungen, nicht an Erweiterung der Herrschaft über die Natur gelegen. So hat er die nicht leichte Aufgabe, die der einfachen Beobachtung zugänglichen Zusammenhänge in ein begrifflich einwandfreies und mit seinen sonstigen Anschauun-

gen zusammenstimmendes System zu bringen, auf Grundlage des damaligen Wissens mit umfassender Kritik in Angriff genommen. Seine Darstellung genügte dem Mittelalter, dessen führende Schichten von religiösen und politischen Bestrebungen erfüllt waren und kein Bedürfnis hatten, der Natur auf neuen Wegen mehr abzuringen, als sie herkömmlicherweise gab. Ihr Bedürfnis nach Naturerkenntnis war durch Aristoteles befriedigt, und so galten seine Schriften als maßgebend und als Grundlage der Kritik. Je mehr aber neben der Ackerwirtschaft Handel und Industrie aufkamen, und je mehr neben Geistlichkeit und Adel die wohlhabenden Bürger der Städte an der Bildung teilnahmen, um so stärker wuchs das Bedürfnis, die Naturkräfte in größerem Umfange zu verwenden, als die bisherigen Mittel gestatteten, und hiermit das weitere Bedürfnis, neue Wege der Naturerkenntnis zu finden. Indem auf neuen Wegen einzelne Fragen ohne Rücksicht auf die Aristotelische Anschauung in Angriff genommen wurden, kam bald Stoff genug für eine Kritik auf neuer Grundlage zusammen, die zahlreiche Widersprüche mit Aristoteles aufdeckte, und das Bedürfnis nach Auffindung wirklicher, d. h. solcher Naturzusammenhänge, die beim Versuch genau die nach ihm zu erwartenden Wirkungen ergaben, siegte rasch über das schon von andern Seiten her erschütterte Bedürfnis nach einer allumfassenden Autorität, wie sie in Aristoteles' Schriften verkörpert war. Je mehr die Einzeluntersuchungen kritisch zusammengefaßt, Widersprüche durch weitere Untersuchungen beseitigt und die Arbeit auf weitere Gebiete ausgedehnt wurde, kurz, je geordneter und umfassender eine neu eingestellte Naturwissenschaft sich erhob, um so mehr fand auch die Kritik in ihr eine Grundlage, die tiefer geht und gesicherter ist als früher. Vor allem gilt dies von den Wissenschaftzweigen, in denen die Anwendung des Versuchs und der Mathematik besondere Sicherheit ermöglicht, und in denen die Arbeit vieler Geschlechter gewisse gesetzmäßige Zusammenhänge immer wieder bestätigt hat. Viel unsicherer ist der Boden der Kritik in Wissenschaftzweigen, die solchen Kerns feststehender Gesetze noch entbehren. Schließlich ist aber überall, wo Neues und Altes sich entgegentritt und Gründe für beides sprechen, wie das bei fruchtbaren Einfällen zu geschehen pflegt, für die Entscheidung des Einzelnen das Bedürfnis und die Überzeugung, wie diesem am besten entsprochen werden könne, maßgebend. Den Widerspruch zeigt die Kritik objektiv auf, die Bewertung der Gründe ist um so mehr subjektiv, je unsicherer der Boden ist, von dem die Kritik ausgehen muß. Daß trotzdem ganz allgemein das objektiv Richtigere im Laufe der Zeit zur Geltung kommt, bewirkt einmal der Umstand, daß seit dem Erwachen der neueren Naturwissenschaft das Bedürfnis der führenden Männer in erster Linie nicht auf widerspruchfreie Zusammenfügung der einzelnen Beobachtungsergebnisse in logischem Aufbau und in dessen Übereinstimmung mit der gesamten Weltanschauung gerichtet ist, sondern zunächst auf immer genauer der Wirklichkeit angepaßte Darstellung der einzelnen schon bekannten und auf Auffindung

neuer Zusammenhänge. Und dazu kommt der zweite Umstand, daß im Sinne jenes Bedürfnisses am Fortschritt der Wissenschaft nicht Einer oder Wenige, sondern Viele in immer wachsender Zahl arbeiten, die von verschiedenen Gesichtspunkten ausgehen und von verschiedenen Überzeugungen getragen sind, so daß im Kampf der Meinungen immer neue Untersuchungen erfolgen, die schließlich die Widersprüche beseitigen und doch, indem sie zugleich immer neue hervorbringen, einen Stillstand unmöglich machen. Beide Umstände aber wurzeln darin, daß in der Neuzeit das Bedürfnis nach Naturerkenntnis, so selbständig es im Einzelnen auftritt, im Grunde doch von dem ursprünglicheren Bedürfnis nach vermehrter Naturbeherrschung abgeleitet ist, das nur durch immer genauere Anpassung des Wissens an den wirklichen Naturzusammenhang befriedigt werden kann. Aristoteles und seine Schüler kannten dies Bedürfnis nicht und konnten deshalb die Überzeugung hegen, daß die Grenzen der Erkenntnis im wesentlichen erreicht seien, daß es sich nur noch darum handeln werde, neue Einzelheiten dem Grundstock des Wissens einzuverleiben, und daß die Naturwirklichkeit daher zugleich wahr und widerspruchlos nicht nur in sich dargestellt, sondern auch der philosophischen Gesamtanschauung eingefügt werden könne. Seit jenes Bedürfnis nach Naturbeherrschung diesen Glauben zerstört hat, kann es unbekümmert um den allgemeinen Zusammenhang sein Schwergewicht auf die genaue Erforschung einzelner Zusammenhänge werfen und wird, da es zugleich wirtschaftlich begründet und daher enger mit den Grundtrieben des Menschen verbunden ist, in Vielen vorwiegen.

Objektiv ist also bei der Kritik nur die logische, Widersprüche aufdeckende Seite ihrer Tätigkeit, während die Bewertung ihrer Grundlagen, die für ihre Entscheidung für oder wider maßgebend ist, von subjektiven Elementen nur mehr oder weniger, nie aber völlig frei sein kann. Nur das ist richtig, daß das Bedürfnis nach Naturbeherrschung und der ihr entsprechenden Naturerkenntnis als Bedingung seiner Erfüllung das Streben nach Objektivität, nach Wirklichkeittreue mit sich führt, und daß die Kritik, die allein von diesem, richtig verstandenen Bedürfnis beherrscht wird, am meisten die Bezeichnung objektiv verdient. Der gegebene Ausgangpunkt jeder „objektiven“ Kritik aber ist der bisherige Besitzstand, weil dieser sich zunächst mehr bewährt hat als etwas Neues, das sich erst bewähren soll, und hieraus, nicht allein aus Gewohnheit und Denkträgheit, stammt vielfach der Widerstand, den die Kritik auch solchen Einfällen zunächst entgegensetzt, die sie später als fruchtbar anerkennt. Der neuartige Einfall des primitiven Menschen, der in einer zum Handeln drängenden Lage die Richtung des Handelns bestimmt, erlangt leicht Geltung, wenn offenbare Widersprüche fehlen; der neuartige wissenschaftliche Einfall hat, wenn seine Richtigkeit nicht offen zutage tritt, viele, nicht nur aus andern Bedürfnissen hergeleitete, sondern sachliche Einwände zu überwinden, ehe er durchdringt, weil inzwischen die Wissenschaft ent-



standen ist, die die bisherigen Erfahrungen zusammenfaßt und der Kritik zur Unterlage dient. Von den Ergebnissen der Wissenschaft und der von ihnen ausgehenden Kritik zunächst sich nicht abhalten lassen, unbekümmert die neu gefundene Spur verfolgen und erst, wenn ein gesichertes Ergebnis gewonnen ist, auf dieser Grundlage sich mit dem bisherigen Bestande kritisch auseinandersetzen, führt am ungestörtesten zum Ziel. Dies Verfahren hat am Beginn der Neuzeit das Aristotelische Lehrgebäude umgestoßen und die heutige Naturwissenschaft geschaffen, es wird sie auch weiter vor Erstarrung bewahren und gesund erhalten, weil es demselben Bedürfnis dient, dem auch sie entstammt, dem Bedürfnis nach Naturbeherrschung.

Indem ich das „suggestive" und ebenso das forschende Denken vom Bedürfnis und dem darin wirkenden Triebe ableitete, habe ich mich immer weiter vom Ausgangpunkte der *Friedmann*schen Betrachtung entfernt. *Friedmann* knüpft an die Wachsuggestion und die Autosuggestion an und entwickelt von hier aus den Begriff des Suggestivdenkens und der Suggestivvorstellung. Der Suggestionsbegriff „hat gezeigt, wie man einfach durch Erregen starker Vorstellungen das Denken des Menschen beherrschen und ihm absichtlich und künstlich einen bestimmten Inhalt aufdrängen kann, und zweitens, daß die Vorstellung an sich und allein eine selbständige geistige Macht bedeutendster Art ist. Das sind doch die beiden wesentlichen Momente, welche die Wachsuggestion gemeinsam mit der hypnotischen hat" (S. 213). Diese Gleichstellung ist aber nur äußerlich, wenn man der Wachsuggestion den Umfang gibt, den *Friedmann* ihr zuteilt, und nicht aufrechtzuerhalten, wenn man berücksichtigt, woher der „starken" Vorstellung bei der hypnotischen und der Wachsuggestion die Stärke erwächst. Die Stärke der vom Hypnotiseur eingegebenen Vorstellung kommt dadurch zustande, daß im Bewußtsein der Versuchsperson die dunkle Vorstellung der Machtlosigkeit und — besonders beim *Bernheim*schen Verfahren — der Abhängigkeit vom Hypnotiseur erzeugt wird, und die sonst unvermeidlichen Hemmungen fallen dadurch weg, daß im übrigen künstlich eine Leere des Bewußtseins hergestellt wird. Bei der Wachsuggestion sind die Verhältnisse nur dann ähnlich, wenn die Autorität des Suggerierenden widersprechende Vorstellungen überhaupt nicht aufkommen läßt. Ist diese Autorität nicht von vornherein vorhanden oder nicht stark genug, so muß die Überlegenheit des Suggerierenden der Versuchsperson erst beigebracht, suggeriert werden, und hierzu ist die Überraschung, die ja auch zur Herbeiführung der Hypnose benutzt wird, besonders geeignet, weil sie ein geordnetes Denken und damit Hemmungen ausschaltet. Ich erinnere an die Erzählung, wie Friedrich der Große nach der Schlacht bei Leuthen in ein Schloß eintritt, unter eine Menge österreichischer Offiziere gerät, die mit Windlichtern die Treppe herabeilen, ihnen zuversichtlich lächelnd zuruft: „Bon soir, Messieurs! Gewiß haben Sie mich hier nicht erwartet; kann man hier auch noch mit unterkommen?"



und ihnen so die Überzeugung beibringt, daß er eine größere Truppenmacht hinter sich habe; die Überraschung durch das plötzliche Erscheinen des Königs und seine sichere Ruhe schaltet hier das Überlegen und damit das Nachforschen, ob die Truppen ihm wirklich folgen, aus, und Friedrich weiß die Vorstellung seiner Überlegenheit so lange aufrechtzuerhalten, bis sie durch das Nachrücken seiner Truppen zur Wirklichkeit wird. Ihm gelingt dies, indem er die Offiziere sich ihm vorstellen läßt und sich mit ihnen unterhält, also auf Grund seiner scheinbaren Überlegenheit ihr Denken und Handeln bestimmt. Auch der Kranke, der der Wachsuggestion des Arztes folgt, glaubt an dessen Überlegenheit mindestens in der Auffassung und Behandlung seiner Krankheit und richtet daher sein Urteil völlig nach dessen Worten. Dagegen weicht die Suggestion hier um so mehr von der hypnotischen ab, je mehr der Arzt sein Gebot mit Gründen stützt oder durch Beispiele oder Vergleiche erläutert, also überzeugt oder überredet und nicht allein durch seine Autorität wirkt. Aber auch wenn er durch diese allein den Kranken bestimmt, verschieden ist diese Art der Suggestion von der hypnotischen doch darin, daß sie an ein Bedürfnis anknüpft und Befriedigung desselben erwarten läßt. Der Kranke möchte gesund werden oder doch diese oder jene Krankheitserscheinung los werden, und er hat das Vertrauen, daß der Arzt dies Bedürfnis befriedigen kann und will. Gewiß können Autorität und Bedürfnis in verschieden starkem Grade zur Folgsamkeit des Kranken beitragen, und von Suggestion wird man, wenn man von der hypnotischen Suggestion ausgeht, um so mehr sprechen können, eine je größere Macht die Autorität und eine je geringere das Bedürfnis ausübt, aber wenn man von den Fällen absieht, die man als Befehlsautomatie bezeichnen kann, und die der hypnotischen am nächsten stehen, wird das Bedürfnis stets eine wenn auch manchmal im Verhältnis zur Autorität geringe Rolle spielen. Selbst in jener Erzählung von Friedrich dem Großen ist das Schutzbedürfnis der österreichischen Offiziere, die in der Hand des Königs zu sein glauben, nicht ganz unbeteiligt. Ähnliches gilt von den religiösen, politischen und andern „Wachsuggestionen“, die *Friedmann* anführt: überall ein Bedürfnis und das Vertrauen, daß es auf dem Wege befriedigt werden kann, den der Redner angibt, wobei Bedürfnis und Vertrauen von vornherein bestehen oder durch den Redner erst allmählich hervorgerufen werden können. Je geringer die Autorität, je mehr sie durch Gründe, Vergleiche, Beispiele usw. ersetzt werden muß, um so verschiedener ist der Vorgang von der hypnotischen Suggestion, mit der ihn nur die Autorität des Redners verknüpft. Diese Autorität und damit der letzte Anlaß zur Gleichstellung mit der hypnotischen Suggestion fällt bei der „Autosuggestion“ weg, an ihre Stelle tritt hier völlig das Bedürfnis, und was man als Autosuggestion im Gegensatze zum überlegenden, begründenden, logisch vorgehenden Denken bezeichnet, ist gerade, daß die Macht der zur Herrschaft gelangenden Vorstellung allein dem Bedürfnis und dem in ihm wirksamen Triebe



entstammt. Die Autosuggestion hat also mit der hypnotischen nichts als den Namen Suggestion gemein, und nur dadurch ist jene Wortübertragung erklärlich, daß ein innerer Zusammenhang durch das Dazwischenschieben der Wachsuggestion vorgetäuscht wird, die von beiden etwas enthält und daher zwischen beiden vermittelt. Der Name Autosuggestion führt somit irre, weil er eine gemeinsame Grundlage mit der hypnotischen Suggestion voraussetzen läßt, die gar nicht vorhanden ist, wenn man nicht die bloße Stärke der Vorstellung als gemeinsames Kennzeichen nimmt, ohne den Ursprung dieser Stärke zu beachten. Und selbst dann ist die Behauptung unrichtig, der Suggestionsbegriff habe gezeigt, daß die Vorstellung an sich und allein eine selbständige geistige Macht bedeutendster Art sei: er hat nur gezeigt, daß die Vorstellung diese Macht — nicht an sich, sondern — in Verbindung mit dem Bewußtsein der Abhängigkeit oder in Verbindung mit einem Bedürfnis oder in Verbindung mit beiden besitzt. Auch „daß die Urteilsbildung und die leitenden Ideen des Menschen unter mächtigen Einflüssen einer angeborenen Suggestibilität stehen", ist demnach auf ihren Zusammenhang mit dem Bedürfnis zurückzuführen, nicht aber darauf, „daß eben die Vorstellung an sich eine starke *intellektuelle* Kraft oder Macht darstellt".

Auch folgenden Sätzen (S. 214) kann ich nur teilweise beipflichten: „Der alten und durch einen Forscher wie *Wundt* wieder vertretenen Lehre hat man bedingunglos wieder Folge geleistet, daß unsere Überzeugung im Denken ausschließlich durch eine höhere Intelligenzkraft, die Verstandeskraft, Apperzeption oder wie man sie nennen will, bedingt wird. Ihr kommt ein souveräner Primat im Denken zu, ihr sind die Vorstellungen nur die passiven Elemente, die Bausteine, die sie ordnet und annimmt oder abweist. Und diese Lehre erschien freilich gestützt durch die Analogie der Suggestion in der Hypnose. Wesentlich dadurch, daß hier, in letzterer, die Intelligenzleistungen, Reflexion und überlegter Wille, ausgeschlossen seien, ergebe sich die imperative Gewalt der Suggestivvorstellung. Und für die Wachsuggestion legte man sich eine Art von „Faszination", eines Geblendet- und Überwältigtsein durch die Suggestividee, zurecht, so daß auch hier die geordnete Reflexion passiv ausgeschlossen oder mit *Wundt* das Blickfeld der Apperzeption eingeengt sei. Es bestünde sozusagen gar nicht die Möglichkeit einer logischen Kritik oder einer Hemmung durch überlegten Willen, weil das Herbeiströmen der anderweitigen Gedanken vereitelt wird." Und weiter (S. 220): „Gerade das kritische überlegte Urteilen beruht nicht auf einer primären geistigen Kraft, einem Organ der Intelligenz (Verstandeskraft, aktive Apperzeption); wo ein Bedürfnis besteht nach Begründung aller von der Person aufzunehmenden oder festzuhaltenden Ideen, da ist das Bedürfnis anerzogen, und zugleich ist die Suggestibilität der Person von Hause aus eine geringe." Dazu möchte ich folgendes bemerken: Ohne Apperzeption oder Verstandesgebrauch ist Suggestion überhaupt nicht möglich, denn der Befehl oder die Eingebung

sowohl in der Hypnose wie bei der Wachsuggestion muß verstanden und ebenso die starke Vorstellung der Autosuggestion als tauglich zur Befriedigung des Bedürfnisses aufgefaßt werden. Nur hierüber hinaus, zur Kritik des Suggestivdenkens wird die Apperzeption oder der Verstand oder, um „nicht mit so komplexen und veralteten psychologischen Faktoren zu operieren, wie es der Intellekt oder die Verstandeskraft ist", das Denken nicht verwandt; denn in der Hypnose sind Denken und Wollen, soweit sie eigenem Bedürfnis entstammen, künstlich unterdrückt, während Denken und Wollen auf Grund fremder Eingebung nicht gehemmt sind, und bei der Wach- und Autosuggestion erscheint der im Suggestivdenken erfaßte Zusammenhang durch die Autorität des Suggerierenden so gesichert oder infolge des eigenen starken Bedürfnisses so einleuchtend, daß eine weitere Begründung oder Kritik als überflüssig unterbleibt oder die Gegengründe als nur scheinbar widersprechend abgefertigt werden. Bei allen drei Suggestivformen kann also das Bedürfnis und die Fähigkeit zu begründendem, kritischem Denken in der die Suggestion annehmenden Person ausgebildet und in anderer Lage wirksam sein, nur im vorliegenden Falle wird es, soweit es eben vorhanden ist, in bezug auf die Suggestividee ausgeschaltet oder beeinflußt, weil das Bedürfnis danach entweder künstlich zum Schweigen gebracht wird oder gegenüber fremder Autorität oder einem eigenen stärkeren Bedürfnis zurücktritt. Dagegen kann sich das Denken, auch das kritische, im Dienste der Suggestividee sehr lebhaft betätigen: die Suggestion, die „dadurch wirkt, daß sie eine mächtige Vorstellung in den Geist des Menschen einführt", „hemmt ihn in diesen Fällen ganz und gar nicht, eine Fülle psychischer Leistungen, von erweckten Ideen folgt sehr oft nach ..... Ich erinnere nur als besonders beweisend an die Ideen, welche wie die anarchistische oder die mahdistische eigentlich gar keine positive Begründung erfuhren; und welche beispiellose Agitation, welches Übermaß von impulsiver Tatkraft haben sie entzündet!" (S. 279). Ich meine, gerade das Beispiel der anarchistischen Bewegung zeigt besonders deutlich, daß die Idee nicht an sich jene Macht besitzt, sondern sie nur da entfaltet, wo eben das ihr entsprechende Bedürfnis besonders stark ausgebildet ist. Denn nicht die Masse des Volkes, die solchen Ideen kritische Hemmungen nur in geringem Maße entgegensetzen kann, wird von ihr mit fortreißender Gewalt ergriffen, sondern immer nur Einzelne, in denen das Bedürfnis nach voller Selbständigkeit des Handelns und nach Unabhängigkeit von staatlicher Bindung sich zu ungewöhnlicher Höhe entwickelt hat. Auch eine Volksmasse kann unter ungewöhnlichen Verhältnissen durch anarchistische Ideen vorübergehend „fasziniert", geblendet, überwältigt werden, bald aber treten andere, fester eingewurzelte Bedürfnisse hervor und üben ihre Herrschaft; es gehört schon eine gewisse Bildung und kritische Fähigkeit dazu, um im Dienste der anarchistischen Idee immer neue Beweise für die Schädlichkeit jeglicher Staatsform und für die Richtigkeit der Lehre von der angeborenen, nur durch die bestehenden Verhält-

nisse verdorbenen und ohne sie frei und von selbst sich entwickelnden Trefflichkeit der menschlichen Natur herauszufinden und so das Bedürfnis nach Beseitigung des Staates rege zu halten und zu vertiefen, d. h. mit andern, zunächst stärkeren Bedürfnissen verschmelzen zu lassen. Das Bedürfnis nach Befreiung von staatlichem Zwang und Schutz ist eben nicht ursprünglich, sondern schon recht weit abgeleitet, und die menschlichen Urtriebe können daher in ihm nur soweit wirksam werden, als die Überzeugung hervorgerufen und festgehalten wird, daß seine Befriedigung auch ihre Befriedigung enthält und am besten gewährleistet. Eine gewisse „Intelligenzkraft" oder „Verstandeskraft" — oder wie man sonst die Fähigkeit bezeichnen will, die Vorstellungen unter einem gemeinsamen Gesichtspunkte zusammenzufassen — muß aber vorhanden und ausgebildet sein, um jene Überzeugung und damit das abgeleitete Bedürfnis in der nötigen Stärke entstehen und weiter bestehen zu lassen. Die Stärke der Vorstellung ist also weder durch Hemmung oder Ausschluß des Denkens entstanden — darin hat *Friedmann* recht — noch ist sie als selbständige Macht der Vorstellung an sich eigen — wie *Friedmann* will —, sondern ein starkes Bedürfnis, von menschlichen Urtrieben abgeleitet, sie *in ihrer* Richtung bestimmend und aus ihnen seine Stärke schöpfend, schafft durch Beeinflussung des Denkens die Überzeugung, daß das Bedürfnis auf dem durch die Vorstellung angezeigten Wege zu befriedigen sei, und verleiht dieser damit die ihr eigentümliche Stärke.

Dies gilt nicht nur für die „perversen", sondern auch für die „gesunden" Ideen im Völkerleben. Beide erhalten die ihnen eigene Stärke nur durch das ihnen zugrunde liegende Bedürfnis und die Überzeugung, daß ihre Verwirklichung das Bedürfnis befriedigt, und jene unterscheiden sich von diesen nur dadurch, daß allseitige Überlegung und Erfahrung jene Überzeugung immer von neuem als richtig erweist. Die gesunden Ideen, die das Ziel des Handelns bestimmen, ähneln also in der Art ihrer Begründung den Naturgesetzen, während die perversen in dieser Hinsicht falschen Naturanschauungen gleichen, die lange Zeit als Ausdruck eines wirklichen Zusammenhangs gelten können, schließlich aber doch durch die Erfahrung berichtigt werden.

Bei der Entstehung solcher mächtigen Ideen, namentlich derer auf religiösem Gebiet, mag man vielfach mit gewissem Recht von Autosuggestion reden, denn das Bedürfnis verlangt hier, und zwar gerade bei Vorstellungen, die sich später als in ihrem Kerne gesunde Ideen erweisen, zunächst in geringem Maße eine überlegende Begründung auf dem Boden der gewöhnlich so genannten Wirklichkeit, der Urheber ist sich, vielleicht nach anfänglichem Schwanken, der Wahrheit seiner Idee unmittelbar bewußt, aber dann pflegt die Überlegung einzusetzen, die freilich nicht darauf ausgeht, die Idee auf ihre Vereinbarkeit mit den Ergebnissen der Wissenschaft und mit sonstigen Erfahrungen zu prüfen, sondern darauf, ob sie imstande ist, die dem Urheber etwa auftauchenden religiösen Zweifel

zu überwinden und auf die Dauer seinem besonderen Bedürfnis volles Genüge zu leisten. Nach diesem Bedürfnis umgrenzt sich der Umkreis der Erfahrung, die hier die Dauer der Überzeugung von der Wahrheit der Idee bestimmt und der Idee die Stärke des Bedürfnisses erhält. Wie für alle Gebiete des menschlichen Denkens gilt es auch hier, nur hier noch in viel höherem Maße, daß der schöpferische Geist und alle, die ihm folgen, sich zunächst auf den Boden des neuen Zusammenhangs stellen und seine Tragfähigkeit erproben müssen. Diese Prüfung ist nun zwar von der in der Wissenschaft, wo Beobachtung und Überlegung allein entscheiden, insofern nicht grundverschieden, als die religiösen Ideen, soweit sie auch andrerseits über den Naturzusammenhang hinausgreifen, an innere Vorgänge, die in der Erinnerung festgehalten werden, sich anknüpfen und auf ihnen aufbauen, aber diese Vorgänge haben Beweiskraft nur für den, der sie selbst erlebt, und nur der erlebt sie, der sich ganz mit der neuen Idee erfüllt. Nicht Empfindungszusammenhänge, sondern allein die Gefühlszuordnung zu allen in Betracht kommenden Vorstellungen, die aus der Befriedigung eines mächtigen Bedürfnisses stammt und über Zweifel hinaus eine hohe Sicherheit und feste Willensrichtung zu geben vermag, schafft die Erfahrung, die der religiösen Idee ihre volle Überzeugungskraft verleiht. Erst später regt sich, sei es im Urheber oder seinen Anhängern, das Bedürfnis nach einem logischen Unterbau auf andersartigen Erfahrungen und auf den Ergebnissen der Wissenschaft, der vorläufig noch ganz im Banne der Idee ausgeführt zu werden pflegt, aber allmählich doch eine Umformung derselben hervorbringt, indem neue Bedürfnisse hervortreten und eine Anpassung erzwingen. So werden Kern und Wesen der religiösen Idee von zeitgeschichtlichen Beimengungen gereinigt und setzen sich mit den übrigen Erfahrungen in Einklang. Nicht als ob hierdurch die Stärke der religiösen Idee unmittelbar vermehrt oder vermindert würde, da sie allein von jener ganz persönlichen inneren Erfahrung des Einzelnen abhängt, aber die Überzeugung von der Wahrheit der Idee, die die Voraussetzung ihrer Erfolge ist, wird leichter erlangt und sicherer behauptet, wenn sie nicht im Gegensatze zu andern Erfahrungen und anerkanntem Wissen steht, sondern auch auf ihrem Grunde sich aufbaut und somit das religiöse Bedürfnis ohne begründeten Widerspruch befriedigt. Zwei verschiedene Arten wissenschaftlicher Betrachtung führen hierzu, die geschichtliche und die philosophische. Jene verfolgt die Wirkungen der Religion und ihrer verschiedenen Formen im Einzelmenschen und in Gemeinschaften und Völkern und stellt sie unter den Gesichtspunkt, dem Lessing am Ende seiner Erzählung von den drei Ringen im Nathan klassischen Ausdruck verliehen hat, diese beseitigt Widersprüche mit der sonstigen Erfahrung und erweist so im Sinne Kants oder Fechners die Gottesidee, obwohl ihr Gegenstand nicht von dieser Welt ist, als in einem berechtigten Bedürfnis begründete und wissenschaftlich einwandfreie Ergänzung der Weltanschauung.

Diese Ausgleichung der religiösen Vorstellungen mit der Wissen-



schaft, die in christlichen, nicht aber z. B., soweit mir bekannt, in muhammedanischen Bildungen im Werke ist und die Macht der religiösen Idee von inneren Hemmungen befreit, stellt somit einen Vorgang gleicher Art dar, wie die Verarbeitung eines fruchtbaren Gedankens in der Naturwissenschaft, der auch gewöhnlich mit manchen überflüssigen und nur im engsten Umkreise der Erfahrung nicht störenden Einschlüssen behaftet ist und von ihnen erst durch vergleichende Heranziehung immer weiterer Gebiete allmählich befreit wird. Und ebenso ist das Bedürfnis, das für die Entstehung naturwissenschaftlicher Erkenntnisse und andrerseits selbst höherer Religionen maßgebend ist, nicht so verschieden in seinem Ursprung, als es zunächst erscheint. In beiden Fällen ist es ein gesteigertes, vom Erhaltungstrieb abgeleitetes Machtbedürfnis, das sich nur nach verschiedenen Richtungen, dort nach außen, hier nach innen wendet. Dort wird Herrschaft über die Natur erstrebt, hier Herrschaft über das Leid in jeder Form; dort erfolgt die Befriedigung des Bedürfnisses durch Anpassung an die Naturgesetze, hier durch Unterwerfung unter den Willen Gottes, und damit dies möglich ist, müssen dort die Naturgesetze, hier der göttliche Wille erkannt werden. Dieser gemeinschaftliche Ursprung aus dem Machtbedürfnis spricht sich nun auch darin aus, daß mit Religion und Naturerkundung in der Urzeit und auch weiterhin Zauberglaube und magische Gebräuche in Wettbewerb treten, die zur Befriedigung jenes Bedürfnisses einen rascheren und geistig müheloseren Weg einschlagen. Wie „die Naturwissenschaften als eine Art Instrumentensammlung für das Denken und Handeln, um durch die Welt zu kommen“ [1]), so kann man die religiöse Gottesvorstellung als ein Mittel betrachten, um allem Leid gegenüber, das von außen und aus den Widersprüchen des eigenen Innern immer neu empordringt, die zum ungestörten Wirken nötige Sicherheit und Freudigkeit aufzubringen. Tauglich sind aber auch hier die Mittel nur, wenn sie sich als Ausdruck einer Wirklichkeit — mag diese metaphysisch oder psychologisch aufgefaßt werden — in der Erfahrung bewähren, und die Überzeugung, daß dies auch in Zukunft der Fall sein wird, ist um so begründeter, je ausgebreiteter die Erfahrung ist, von der sie getragen werden, und mit der sie übereinstimmen.

Aus diesen letzten Ausführungen läßt sich nun aber auch deutlicher als bisher das Verhältnis zwischen „Wahnideen“ und „gesunden“ Ideen ableiten. Gemeinsam ist beiden, daß sie ihre Stärke aus der Stärke des Bedürfnisses und der Stärke der Überzeugung von ihrer Richtigkeit, d. h. ihrer Übereinstimmung mit der Wirklichkeit schöpfen; sie unterscheiden sich dadurch, daß nur die gesunden Ideen sich auf die Dauer bewähren. Um eine Idee als eine gesunde, als eine berechtigte, als eine wahre zu er-

[1]) So faßt *Oesterreich* die Ausführungen *Mach*s in treffender Weise zusammen. *Überweg*s Grundriß der Geschichte der Philosophie, 4. Bd., S. 351.



kennen, gibt es aber kein anderes Kennzeichen, als ihre Begründung auf der bisherigen Erfahrung in ihrem eigensten Geltungsbereich und ihre widerspruchlose Einordnung in alle übrigen Erfahrungsgebiete. Ob bei einer Idee dies Kennzeichen für alle Zukunft zutreffen wird, kann niemand voraussagen; ob es jetzt zutrifft, mag von den Einzelnen verschieden beurteilt werden; völlige Sicherheit, daß eine Idee wahr ist, kann es daher nicht geben. Wer sie in einer Idee zu besitzen glaubt, oder sie für eine Idee verlangt, ist in einem grundsätzlichen Irrtum befangen. Aber daß in einer Idee Wahrheit enthalten ist, vielleicht nicht die volle Wahrheit, vielleicht Wahrheit mit Irrtum gemischt, und daß eine Idee der bisherigen Erfahrung zufolge treuer Ausdruck der Wirklichkeit ist, das kann allerdings mit Grund behauptet werden und mit Recht Sache der Überzeugung sein. Hierzu genügt obiges Kennzeichen und wird dem genügen, der sich bewußt ist, daß jede Idee nur Ausdruck, nicht Abbild einer Wirklichkeit sein kann, gleichsam nur eine Übertragung in eine andere, nicht Abschrift in gleicher Sprache. Dem gegenüber können wir als Wahnideen im Völkerleben diejenigen einflußreichen Ideen bezeichnen, die schon in ihrem eigensten Wirkungsbereich der bisherigen Erfahrung ganz oder zum größten Teil widersprechen. Als wahr gelten sie nur ihren Anhängern, denen jener Widerspruch entgeht, während einem nüchternen Urteil auf Grund der bisherigen Erfahrung ihre Unwahrheit einleuchtet. Zwischen ihnen und den wahren Ideen liegen aber die meisten Ideen mitten inne, die im Völkerleben ihre Macht entfalten, d. h. sie enthalten Wahres und Unwahres und bilden so den Übergang von der wahren zur Wahnidee. Das Wahre in ihnen pflegt sie vor dem Verstande zu rechtfertigen und ihnen Dauer zu verleihen, das Falsche eingewurzelten, aus der besonderen Lage hervorgegangenen Denkgewohnheiten und Bedürfnissen zu entsprechen und gerade die Mischung von beiden ihnen eine besondere Gewalt zu verleihen. Dies gilt sowohl für die Ideen, die mehr Wahres, als für die, die mehr Unwahres enthalten.

Einflußreiche Ideen müssen von ihren Anhängern für wahr gehalten werden, weil sie sonst stärkere Wirkungen nicht ausüben könnten. Ihre Verbreitung wird daher, soweit sie ohne ausreichende Begründung erfolgt, zunächst gefördert durch Mangel an Erfahrung auf dem Gebiet, in dem sie Geltung beanspruchen, da sie in diesem Falle keine Hemmung erfahren. Daneben hebt aber *Friedmann* mit Recht die Gewalt der öffentlichen Meinung, die Macht des Vorbildes und Beispiels, und als wirksamstes Moment die Suggestibilität der Volksmassen hervor. Die Suggestibilität der Volksmassen beruht jedoch auf allgemein verbreiteten und daher überall weckbaren menschlichen Trieben; die Idee, die diesen Aussicht auf Befriedigung eröffnet und in der Erfahrung des Einzelnen die wenigsten Hemmungen findet, wird dem Triebe die Richtung geben und dessen Stärke auf sich lenken. Um Ideen Andern einzupflanzen, gilt es also, möglichst starke Triebe zu wecken, sie in einem Bedürfnis zusammenzufassen und



einen gangbaren Weg zu dessen Befriedigung in der Idee aufzuweisen, und zwar wird die Überzeugung, daß die Idee einen solchen Weg aufweist, um so leichter und rascher sich einstellen und um so rascher auf genauere Begründung verzichten, je mächtiger das Bedürfnis ist, und je mehr es daher auf Befriedigung oder doch zunächst auf die Feststellung eines Weges hierzu hindrängt. Schon die Feststellung dieses Weges vermittelst der Ideee kann die Befriedigung so vorwegnehmen, daß weiteres Nachdenken und die Heranziehung weiterer Erfahrung als überflüssig erscheint. Und dies wird noch wesentlich gesteigert durch die Autorität des Urhebers der Idee und dessen, der sie der Masse mundgerecht macht. Diese Autorität liegt darin, daß man jenen größeres Wissen und tieferes Nachdenken als sich selbst zutraut, und sie wird dadurch erworben oder bewahrt, daß die Darstellung im Anklang an sonstige, auf andern Gebieten gemachte Erfahrungen die Tauglichkeit der Idee zur Befriedigung des Bedürfnisses möglichst handgreiflich heraushebt. In gleichem Sinne wirken nun auch die beiden andern von *Friedmann* hervorgehobenen Umstände: daß Andere in der Umgebung von der Idee erfaßt sind oder erfaßt werden, führt deutlich vor Augen, daß etwas an der Idee daran sein muß; wer selbst den Zusammenhang nicht recht durchschaut, glaubt, daß die Andern oder doch manche von ihnen ihn besser durchschauen, und vertraut deren besserer Einsicht, dies Vertrauen vermehrt aber wieder das Vertrauen zum Urheber oder Vertreter der Idee. Die Bedeutung des Beispiels oder Vorbildes liegt in gleicher Richtung, nur daß hier nicht die eigene Umgebung, sondern der Urheber oder der Vertreter der Idee selbst in Betracht kommt. Daß dieser sich von der Idee durchdrungen zeigt und ihr vertraut, auf sie womöglich zu leben und zu sterben bereit ist, steigert das Vertrauen auf die Wirksamkeit der Idee um so mehr, je stärker der Eindruck der Überlegenheit seines Denkens und seiner Erfahrung im Umfang des Wirkungbereichs der Idee anwächst. Es ist der gleiche Vorgang, als wenn jemand das Ergebnis fremder Forschung vertrauensvoll übernimmt; auch er wird dies um so eher tun, je größer ihm des Andern Überlegenheit auf diesem Wissenschaftsgebiete erscheint, und hierzu wird ebenfalls nicht wenig beitragen, wenn diese Überlegenheit auch von Andern oder gar allgemein anerkannt wird. Er spart dadurch ebenso eigene Bemühung auf einem ihm vielleicht fernliegenden Gebiete wie der Einzelne in der Masse, der bei Aufnahme der ihm bisher fremden Idee eigenes Denken und Forschen im Vertrauen auf die Leistungen Anderer als überflüssig und weniger sicher vernachlässigt.

Ich habe die Macht der Idee auf das Bedürfnis, zu dessen Befriedigung sie den Weg aufweist, und damit auf den Trieb zurückgeführt. Das mag manchen befremdet haben, der mir darin zustimmt, daß ich „die Vorstellung an und für sich" als „eine starke psychische Kraft oder Macht" nicht ansehen kann, und namentlich dem Assoziationspsychologen dürfte es viel näher liegen, zur Erklärung jener Macht das mit der Vorstellung



verbundene Gefühl heranzuziehen. Ich habe statt dessen den Trieb eingeführt, nicht nur, weil hierdurch der biologische Zusammenhang klarer hervortritt, sondern auch, weil ich das Gefühl nicht in allen Fällen für ausreichend halte, um darauf allein die Macht der Idee zu begründen. Ich berühre mich hierin mit *Friedmanns* Auffassung, daß „der Hinweis auf das im religiösen Denken steckende Werturteil, ja sogar auf die viel deutlichere Affekt- und Gemütseinwirkung noch recht wenig vom eigentlichen Wesen des Suggestivdenkens erkennen läßt" (S. 215). Das Gefühl, auf das das Werturteil zurückführt, und das doch wohl auch unter der Affekt- und Gemütswirkung religiöser Vorstellungen zunächst zu verstehen ist, reicht auch nach meiner Auffassung nicht zur Erklärung des Einflusses der Idee auf den Willen aus, während Bedürfnis und Idee gemeinsam, d. h. der durch die Vorstellung des Bedürfnisses und die den Weg zu dessen Befriedigung weisende Idee in seiner allgemeinen Richtung bestimmte Trieb den Willensvorsatz ausmacht, der nur des zureichenden Anlasses harrt, um sich in Handlungen zu betätigen. Wo der Trieb schwach ist, da ist auch der Wille schwach, und führt der Trieb nur in stürmischer Gemütsbewegung zu augenblicklichem kräftigen Handeln, so versagt nach deren Erlöschen der Wille, wenngleich das in der Gemütsbewegung enthaltene Gefühl auch ohne sie in hohem Maße lebendig sein kann. Hierfür hat uns Shakespeare in seinem Hamlet ein klassisches Beispiel gegeben. Da ich aber weder dem Gefühl noch der Vorstellung allein oder beiden zusammen jene Macht zuschreiben kann, halte ich *Friedmanns* Ableitung der Suggestibilität der Massen, die doch deren Wollen und Handeln zu bestimmen gestatten soll, allein aus dem Fehlen hemmender Vorstellungen und dem Grade der Erregbarkeit des Vorstellens für ungenügend. Es würde dann ausreichen, der Menge auf einem Gebiete, auf dem ihr eigene Erfahrung und eigenes Wissen abgeht, plastisch geschaute und gestaltete Ideen so vorzuführen, daß Phantasie und Gefühl mächtig ergriffen wird. Die Suggestion, die hierdurch erzeugt wird, ist jedoch nur eine solche, wie sie am vollendetsten durch das Schauspiel erzeugt wird, und dies pflegt den Willen zum Handeln im Sinne der dramatischen Handlung nicht gerade stark in Bewegung zu setzen, obwohl die Stärke des von ihm erregten Gefühls den Durchschnitt der Gefühle des täglichen Lebens im allgemeinen weit übersteigt. Wenn ich davon absehe, daß zur Renaissancezeit Verschwörer in Italien und im London Elisabeths und Shakespeares sich ein Schauspiel bestellten, um sich durch dasselbe zur Ausführung ihres Planes anfeuern zu lassen, so ist mir nur ein Fall bekannt, daß infolge eines Dramas fanatische Massenhandlungen zustande gekommen sind: als 1830 die Nachricht von der französischen Julirevolution in Brüssel eingetroffen war, zerstörten nach der Aufführung der Oper „Die Stumme von Portici" Volkshaufen die Druckerei einer Brüsseler Zeitung, die im holländischen Sinne geleitet wurde, den Palast des verhaßten Justizministers und die Wohnung des Polizeidirektors, und damit begann der Aufruhr Belgiens gegen die hol-



ländische Oberherrschaft. Aber damals hatte die Mißstimmung des Volkes über Steuerdruck und Handelssperre, über die Begünstigung der holländischen Sprache und des Protestantismus bereits seit langem überhand genommen, es bestand ein kräftiges Bedürfnis, die drückende Herrschaft der als fremd empfundenen holländischen Regierung abzuschütteln, und dieses Bedürfnis, verschärft durch das in Paris gegebene Vorbild, nicht die Idee der dramatischen Handlung und das dadurch erregte Gefühl, verhalf scheinbar der Oper zu jener Wirkung. Überall war also der Wille oder das Bedürfnis bereits vorhanden, und das Schauspiel konnte nur dazu dienen, durch Vorführung ähnlicher Vorgänge die bereits bestehende Gemütsbewegung im Sinne des Willens oder des Bedürfnisses aufzupeitschen und so innere Hemmungen gegen aufrührerische Handlungen für den Augenblick zu beseitigen. Ein durch äußere Einwirkung entflammtes Gefühl vermag Trieben, die mit Gegentrieben ringen, zum Siege zu verhelfen, aber es ist nicht imstande, ohne diese Unterlage dem Willen zum Handeln eine bestimmte Richtung aufzuprägen. Der Trieb stellt sich im Bewußtsein dar als ein Gebilde aus Empfindungen und Gefühlen, und das Bedürfnis ist eine besondere Art gefühlsbetonter Vorstellung, aber die Stärke des Triebes und des Bedürfnisses entspricht nicht nur der Stärke des mit ihm auftretenden Gefühls. Eine nähere Ausführung würde hier zu viel Raum beanspruchen und mag bei anderer Gelegenheit erfolgen, vorläufig kam es mir darauf an, meine Übereinstimmung mit *Friedmann* in diesem Punkte hervorzuheben.

Die Erkenntnis, daß Ideen nur dann zu tatkräftigem Handeln führen, wenn ihre Verwirklichung geeignet scheint, einem lebhaften, von starken Trieben ausgehenden Bedürfnis abzuhelfen, wirft auch ein Licht darauf, weshalb nach *Friedmann* die perversen Bewegungen, im Gegensatze zu andern, die psychologische Besonderheit zu haben scheinen, noch allgemein menschlicher zu sein, d. h. tiefer in der Volksseele zu wurzeln und dabei an sich nichts Neues an den Tag zu bringen. „Alte, von je glimmende Leidenschaften und Wahngebilde, öfter das, was gemeiner Aberglaube ist, bricht mit einem Male hervor und tritt nun gleich einem reißenden Strome über seine Ufer. Man hat naturgemäß gern auch hier eine pragmatische Geschichtsbehandlung zu üben gesucht, man wollte z. B. nachweisen, wie mit den großen legalen Volksbewegungen, gleichsam angeregt und befruchtet dadurch, oft auch als Reaktion, die perverse Stimmung und Unterströmung Leben gewinne. Der Aufklärung des letzten Jahrhunderts ging parallel der schon erwähnte pietistische Rückschlag, an den als Retter von der sozialen Knechtung des Proletariats aufgetretenen sozialistischen Idealismus hat sich der blutige Anarchismus geheftet, die große Reformation Luthers ließ die Wiedertäuferorgien emporwachsen; dem weltbefreienden und in ebenso schwärmerisch religiösem Idealismus als tatkräftiger Menschenliebe erblühenden Christentum ist die selbstsüchtig versunkene anachoretische Bewegung gefolgt" (S. 234—235). An dieser



Auffassung, meint *Friedmann*, sei gewiß etwas Wahres, dennoch lasse ein näheres Eingehen auf diese Dinge in solchem Sinne meist unbefriedigt. „Wir verstehen doch nicht, warum diese perversen Regungen, welche doch so tief in der Menschenbrust gegründet sind, gerade jetzt zum Ausbruch kamen, warum z. B. der Anarchismus, dem doch im Herzen zu allen Zeiten ein leider so großer Teil der Menschen, alle rabiaten und verbrecherischen Naturen zujauchzen würden, warum er bisher nur das eine Mal ernsthaft und in größerem Stile sich gezeigt hat." Diese Frage glaubt *Friedmann* zunächst dadurch zu lösen, daß er auf den Einfluß hervorragender Männer hinweist, aber gerade für die perversen Volkserregungen treffe freilich diese suggestive Einpflanzung durch geniale Männer doch nicht völlig in gleichem Maße zu. „Es gibt elementare Instinkte, deren Aufwallungen förmlich explosiv in den niederen Massen sich dokumentieren, und so scheint jetzt von unten her in China jener elementare Patriotismus am Werke zu sein, welcher das Land vor der Besitznahme und sogar nur vor dem Eindringen der Fremden zu schützen sucht. Ähnlich ergeht es mit der Rassenfeindschaft bei uns und bei den meisten Nationen" (S. 238). Sobald wir die Macht der Idee darauf zurückführen, daß sie einem starken Bedürfnis Befriedigung verspricht, erklären sich die Besonderheiten, die *Friedmann* an den perversen Ideen findet. Sie sind allgemein menschlicher, weil sie aus überall verbreiteten Grundtrieben hervorgehenden und deshalb allgemein menschlichen Bedürfnissen entgegenkommen, ohne besondere geistige Arbeit vorauszusetzen. Sie bringen nichts Neues zutage und können gerade deshalb, weil der in ihnen gewiesene Weg zur Befriedigung des Bedürfnisses uralten Denkgewohnheiten entspricht und wenig Neudenken erfordert, förmlich explosive Gewalt entfalten, wenn das Bedürfnis durch die Zeitlage brennender wird und einzelne Begabtere sie in zündender Form und den neuen Verhältnissen angepaßt in die Massen hineinwerfen. Die Anpassung an neue Verhältnisse deckt sich vielfach mit dem, was *Friedmann* als das Wahre an der pragmatischen Geschichtsauffassung bezeichnet: neue Ideen, die einen Fortschritt in der geschichtlichen Entwicklung bedeuten, verschmelzen mit älteren, zumal solchen, die durch sie überwunden schienen, aber nun gerade durch die Verschmelzung mit ihnen neue und wirksame Begründung erhalten. Bei der anachoretischen Bewegung, die dem aufblühenden Christentum folgte, entsprang dem christlichen Verlangen, durch volle Hingabe an Gott das Heil der Seele zu sichern, und dem uralt volkstümlichen Gedanken, die Gottheit durch Opferung wertvollsten Besitzes und durch Selbstpeinigung am sichersten versöhnen zu können, die Vorstellung, einfacher und sicherer als der Weg tätiger Nächstenliebe und Selbstüberwindung im Getriebe der Welt führe grundsätzliche Abkehr von der Welt und ihrer als wertvoll geltenden Lust, der erlaubten und unerlaubten, zum Ziele. Als dann die ersten Einsiedler wegen ihrer Jedem deutlichen Willenskraft und Entschiedenheit angestaunt wurden und in den Geruch der Heiligkeit kamen, vermochte ihr Ruf und ihr Beispiel eine

größere Anzahl auch solcher zu verlocken, die nicht nur durch starkes religiöses Bedürfnis und die Scheu vor den Versuchungen und der Verantwortlichkeit des täglichen Lebens, sondern auch durch Unglück und gescheiterte Hoffnungen oder durch ehrgeiziges Verlangen nach höherer Geltung sich der Weltflucht zuwandten, und so konnte durch regeren Zustrom neben und aus dem Einsiedlertum das Mönchtum sich herausbilden, in seinen höheren Formen gewissermaßen ein Zwischenglied zwischen Einsiedlertum und reinerem Christentum, dessen Lehren es in kleinerem Kreise und daher scheinbar zugleich gefahrloser und vollkommener zu betätigen versuchte. Ganz ähnlich steht es mit dem Entstehen der Wiedertäuferorgien aus der Reformation. Die Lehre von der Freiheit des Christenmenschen, die Luther und Zwingli auf den festen Boden wissenschaftlicher Bibelauslegung gründeten, wurde von den Schwärmern mit der mittelalterlichen mystischen Vorstellung einer unmittelbaren Erfassung göttlicher Geheimnisse und eines innigeren, tieferen Verständnisses der Heilstatsachen und Bibelworte durch bloße gefühlsmäßige Betrachtung oder auch mit Hilfe visionärer Zustände und bedeutungvoller Träume verquickt und damit dem neu erwachten religiösen Bedürfnis in Anlehnung an eine früher mächtige und noch in der Tiefe lebendige Strömung der Weg zu einer anscheinend sichereren und müheloseren Befriedigung eröffnet, die zugleich dem Bedürfnis größerer Geltung des Einzelnen unmittelbarer entsprach, da die aus der verderbten Kirche zum wahren Glauben Durchgedrungenen und Wiedergeborenen das tausendjährige Reich vorzubereiten und durchzuführen hatten. So schien die Gemeinschaft der Heiligen, in die man durch die Wiedertaufe eintrat, das allgemein menschliche Bedürfnis nach Schutz und Macht in einem neuen Verhältnis zu Gott und zur irdischen Umgebung schnell zu befriedigen und konnte ebenso zu begeisterter Hingabe von Gut und Blut wie zu den wüstesten Ausschreitungen schwärmerischen Handelns führen. Etwas anders liegt es beim Pietismus, der als Rückschlag gegen die Aufklärung doch nur halb zu verstehen ist. Zutreffender faßt man wohl beide Bewegungen als einseitige Fortsetzung der Reformationsbewegung nur in entgegengesetzter Richtung auf, indem das religiöse Bedürfnis, das von Luther in einem für seine Zeit höchst glücklichen Zusammenschluß von Verstand, Gefühl und Phantasie befriedigt war, im weiteren Fortgang wieder getrennte Wege einschlug, die schon im Mittelalter hier zur Mystik, dort zur Scholastik geführt hatten. Der Anarchismus aber hat es nur einmal und unter ganz ungewöhnlichen Umständen, die in Paris 1871 nach Aufhebung der Belagerung sich herausgebildet hatten, zu einer Massenbewegung gebracht, an der außer den Führern nur die untersten Schichten der Bevölkerung teilnahmen. Diese, die wenig zu verlieren hatten, während der Belagerung bei geringer Arbeit an regelmäßige Verpflegung gewöhnt und sich ihrer Macht bewußt geworden waren, sollten nun in die frühere Ordnung einlenken, durch Arbeit ihren Unterhalt verdienen, Miete und Steuern zahlen und gehorchen, kurz die



bisherige Ungebundenheit mit staatlichem Zwange und bürgerlichen Pflichten vertauschen. Daß unter solchen Verhältnissen die anarchistischen Ideen der Führer das Bedürfnis der Masse nach Lebensversorgung und Macht mit der Vorstellung leichterer und rascherer Befriedigung auf dem Wege des Aufruhrs zu blutigen Taten entflammen konnten, dazu führte nicht nur und nicht einmal vorzugweise die vorangegangene Denkarbeit Proudhons und anderer Theoretiker des Anarchismus — sie gab nur die neue Form, in der alte Instinkte wieder auflebten —, dazu gehörte vor allem die Macht der Erinnerungen an die früheren Revolutionen, zumal an die Schreckensherrschaft der Masse während der großen Revolution, die jetzt aufs neue sich verwirklichen zu wollen schien. In allen von *Friedmann* angeführten Fällen finden wir demnach elementare Bedürfnisse wirksam, die Aussicht auf Befriedigung finden in einer Verschmelzung neuer einflußreicher Ideen mit alten in der Masse schlummernden und durch die Berührung mit jenen zu frischem Leben erweckten Vorstellungen. Nur ist solche Verschmelzung nicht etwa an sich eine besondere Eigentümlichkeit perverser Ideen; auch wenn eine neue, fruchtbare Idee sich bildet, pflegt sie zunächst Bestandteile früherer Ideen in sich aufzunehmen, mit ihrem neuen Inhalt zu vereinigen und erst in der weiteren Entwicklung sich von dem nicht zu ihr Gehörigen zu befreien. Gerade die Entstehung des Christentums mit seiner Erwartung baldigen Weltuntergangs und die Reformation mit ihrer Bindung an die in ihrer ursprünglichen Niederschrift auf Inspiration zurückgeführte Bibel und selbst an deren überlieferten Wortlaut — man denke an Luthers Stellungnahme im Marburger Religionsgespräch — weist diese Anknüpfung an Früheres und im Grunde Überwundenes — überwunden in der Idee, aber nicht in deren Träger — deutlich auf. Der Einfluß der Zeitlage zeigt sich bei der Gestaltung neuer Ideen eben auch in großen und fortschreitenden Denkern mächtig, auch sie müssen, um mit Archimedes zu reden, einen festen Standort haben, um die Welt aus den Angeln zu heben, und können ihn nirgends anders finden als in den Bedürfnissen und Vorstellungen, die ihnen aus ihrer Zeit und Umwelt heraus gegeben sind. Entspricht die Idee, die in ihnen mächtig geworden ist, nicht auch den Bedürfnissen Anderer, und schließt sie sich nicht wenigstens zum Teil an verbreitete Vorstellungen an, so kann sie die Welt nicht oder doch erst dann aus den Angeln heben, wenn jene Voraussetzung ihrer Wirkung erfüllt ist. Aber freilich tritt hier auch ein durchgreifender Unterschied zwischen fruchtbaren und perversen Ideen, die zur Herrschaft gelangen, zutage, daß nämlich das Neue, was jene dem Zeitinhalt hinzufügen, zu dessen Überwindung hinleitet, während das Besondere, das diese mit ihm vereinigen, einer bereits überwundenen Vergangenheit angehört und deshalb die Fortentwicklung unmittelbar hemmt; die neue Richtung, die die perverse Idee der Zeitströmung gibt, weist rückwärts, die neue Wendung, die von der fruchtbaren Idee ausgeht, führt vorwärts.

Jetzt, wo die Z in ihrer Bedeutung als Ausgangpunkt neuer

Ideen hervorgetreten ist, dürfte auch der Grund einleuchten, weshalb ich zwischen Trieb und Idee das Bedürfnis eingeschaltet habe. Die Grundtriebe sind überall und jederzeit vorhanden und erwachen auf innere oder äußere Reize hin. Gelangen sie ohne die Empfindung einer Schwierigkeit zur Befriedigung, so entwickelt sich aus ihnen kein Bedürfnis. Erst der Widerstand, den sie, sei es im Innern, sei es in der Umwelt, finden, ruft das Bedürfnis hervor, d. h. die unlustbetonte Vorstellung eines Mangels, dem sich der Wunsch nach Abhilfe desselben gesellt. Solcher Widerstand erwächst ihnen aber hauptsächlich aus den zeitlichen und örtlichen Verhältnissen, wie sie von der Natur oder den Mitmenschen hervorgebracht werden. Das Bedürfnis ist das Ergebnis von Trieb und Auffassung der Lage, es ermöglicht eine Richtungsänderung der Triebe und ihre Zusammenfassung in einer Vorstellung. Veränderte oder anders aufgefaßte Verhältnisse schaffen veränderte Bedürfnisse, die zu ihrer Befriedigung andere Wege verlangen und daher andern Ideen zur Macht verhelfen, während die Grundtriebe sich gleich bleiben und nur ihre besondere Richtung und Zusammenfassung sich ändert.

Einen besonders überzeugenden Beleg hierzu hat der jetzige Krieg erbracht, der nicht nur ganz plötzlich und unvermutet, sondern auch ganz allgemein und in weit größeren Ländergebieten, als es sonst der Fall zu sein pflegt, die Lage der Massen von Grund aus veränderte und damit andern Bedürfnissen und andern Ideen überragende Macht verlieh. Bei uns in Deutschland hatte ein langer Friede und das allgemeine Vertrauen auf unsere Volkskraft und die bewährte Heeresleitung das Bedürfnis nach einer stärkeren, den allmählich und Vielen unmerklich veränderten Verhältnissen mehr entsprechenden Kriegsbereitschaft in weiten Kreisen abgestumpft, und zunehmender Wohlstand, der auch die Masse des Volkes weit über den früheren Stand gehoben hatte, im Verein mit den Versicherungsgesetzen das Bedürfnis nach fortlaufendem Lebensunterhalt geschwächt, da seine Befriedigung wesentlich erleichtert und sich bei richtigem Verhalten beinahe von selbst zu verstehen schien. So konnten sich andere, weiter abgeleitete Bedürfnisse ausbreiten. Vielfach über das berechtigte Maß hinaus wuchs das Bedürfnis nach wirtschaftlichem Emporkommen des Einzelnen und seines Standes, in die breiteren Massen drang das Bedürfnis nach äußerem Glanz und Scheinwesen oder nach ungezügeltem Sichausleben und unbekümmertem Genuß, daneben zu unserem Glück auch das nach lebhafterer Anteilnahme an den Ergebnissen von Kunst und Wissenschaft. In den letzten zwei Jahrzehnten trat auch das religiöse Bedürfnis, das sich auf immer engere Kreise zurückgezogen hatte, in weiterem, wenn auch immer gegen frühere Zeiten kleinem Umfang wieder hervor und rang im Anschluß an die früheren, ihm nicht mehr genügenden Vorstellungen um neue Formen der Betätigung. Zu gleicher Zeit griff auch das Bedürfnis nach körperlicher Ausbildung und Kräftigung in allerlei Gestalt um sich. Es waren also zum Teil durchaus berechtigte, d. h. der



Erhaltung und Förderung des Einzelnen und der Gesamtheit nützliche Bedürfnisse, die in immer wachsendem Umkreise das Volk erfüllten. Aber ebensoweit und vielleicht noch weiter in die Massen hinein hatten sich auch die für den Einzelnen und für das Ganze unfruchtbaren und deshalb auf die Dauer schädlichen Bedürfnisse verbreitet, so daß den unbefangenen Betrachter wohl die Sorge beschleichen konnte, ob unser Volk, das in harter Not zur Kraft gelangt war, auch das Glück eines langen Friedens und anerkannter Macht lange ohne Schaden ertragen könne. Da schuf der unerwartet aufflammende Krieg wie mit einem Schlage von Grund auf andere Verhältnisse, und aus ihnen erhob sich das allgemeine Bedürfnis nach Schutz vor den Feinden, vor dem alle Einzel- und Gruppenbedürfnisse zurückgedrängt wurden, und das die plötzlich zu gewaltiger Macht anschwellende Idee gemeinsamer Verteidigung und Erhaltung des Vaterlandes zum Ergebnis hatte. Hier hatte eine lange Geschichte vorgearbeitet und allgemeine Denkgewohnheiten geschaffen, die wohl zeitweise in den Hintergrund getreten, aber noch nicht erloschen waren und nun das neu erwachende Bedürfnis unwiderstehlich in ihre Bahn zogen. Zugleich waren alle Maßregeln bis ins Kleinste in langer Friedensarbeit wissenschaftlich durchdacht und vorbereitet, so daß die Anordnungen Schlag auf Schlag und in folgerichtigem Zusammenhang erfolgten und Autorität und Bedürfnis, suggestives und überlegendes Denken in der gleichen Richtung zusammenwirkten. Anders war es, als neben dem kriegerischen Angriff der Feinde auch ihr Versuch, Deutschland durch Abschneidung der Zufuhr zu bezwingen, allmählich bedrohlich wurde und das Bedürfnis verschärfte, Nahrungsmittel und andere notwendige Güter sich nicht nur für die Zukunft zu sichern, sondern auch für den Tag selbst zu verschaffen. Hier versagte die bisherige Idee des freien Handels, und die Idee des staatlichen Zwanges auch auf diesem Gebiete gewann immer mehr an Boden, aber allgemeine Denkgewohnheiten fehlten, und was von Einzelnen theoretisch durchdacht und in den Köpfen vieler Sozialisten herrschend geworden war, entbehrte der Unterlage praktischer Anwendung und Erfahrung und somit der bis ins einzelne gehenden Anpassung an die wirklichen Verhältnisse. Kein Wunder, daß hier das Bedürfnis bald zu dieser, bald zu jener Vorstellung greift in der Hoffnung, in ihrer Verwirklichung Befriedigung zu finden, daß irreführende Schlagworte die Massen fortreißen, und daß die Staatsgewalt, die, im Bewußtsein ihrer großen Verantwortung mehr geschoben als führend, vorsichtig tastend vorwärts geht, mit allen unter dem Zwang der Verhältnisse immer eingreifenderen Maßnahmen wohl dringender Not wehren, aber das erregte Bedürfnis der Massen nicht nach Wunsch befriedigen kann. Wir sehen deutlich die Bemühungen der Regierung, auch auf diesem Gebiete den Anschluß an die vorhandene und allmählich wachsende Erfahrung nicht zu verlieren, wir freuen uns, daß günstige Umstände, wie die reichere diesjährige Kornernte, ihren Bemühungen entgegenkommen und den Aushungerungsplan unserer



Feinde vereiteln, aber ein allgemeines Vertrauen bleibt erklärlicherweise auf diesem Gebiete aus, schon deshalb, weil eine seit langem vorbereitete Organisation fehlt, die allein die Anordnungen der oberen Behörden auf den einzelnen Fall anwenden und somit sinngemäß zur Ausführung bringen könnte, und weil die deshalb unvermeidlichen Fehlgriffe den Anordnungen selbst zur Last gelegt werden. Es ist sehr lehrreich, jenen Gegensatz des Verhaltens der Masse dort zur Heeres-, hier zur Wirtschaftleitung zu beobachten: dort von Anfang an die allgemeine Überzeugung, daß nur gemeinsames Handeln und deshalb unbedingte Unterordnung unter die Gebote der Heeresleitung zum Erfolg führen könne, und als dieser bald und in immer wachsendem Maße eintrat, ein immer stärkeres Vertrauen auf die Fähigkeit der Führer, hier zunächst ein Kampf Aller gegen Alle, dem nur wenige Einsichtige widerstanden, dann ein Wogen sich widersprechender, mehr oder weniger mangelhaft begründeter Ansichten, das schließlich sich in den Ruf nach einem Lebensmitteldiktator zusammenschloß, und als diesem Rufe so weit als möglich durch Errichtung eines neuen Reichsamts entsprochen wurde, nach kurzer Frist Enttäuschung und ein Zurückflauen der Bewegung, weil naturgemäß auch diese Maßregel die hochgespannten Erwartungen der Menge nicht befriedigen konnte und die dadurch erreichbare Besserung längere Zeit beansprucht. Aber das Schutzbedürfnis schuf auch andere, in ihrer Übertreibung oft verderbliche Vorstellungen, ich erinnere an die zeitweise ganz unüberlegt sich äußernde Spionenfurcht, die mehrere Opfer erforderte und jeden Scheunenbrand, jede Explosion auf Rechnung feindlicher Machenschaften zu setzen neigte. Wie leicht da Gerüchte auftreten und sich verbreiten, die dann wieder das allgemeine Schutzbedürfnis verschärfen, davon erlebte ich ein kennzeichnendes Beispiel. In meinem Heimatorte wurde eines Tages zu Anfang des Krieges überall erzählt und lange geglaubt, daß in einer bestimmten Straße zu genau angegebener Zeit ein als Krankenschwester verkleideter Spion festgenommen sei; man habe unter dem Kleide einer Schwester, die sich mit auffallend langen Schritten vorwärts bewegte, Männerstiefel gesehen und die Polizei darauf aufmerksam gemacht, eine förmliche Jagd auf die verdächtige Person sei erfolgt, diese habe sich in ein Haus gerettet, sei aber dort erwischt, windelweich geprügelt und nur mit Mühe von der Polizei dem Strafgericht der Menge entzogen worden. Unser früheres Aushilfmädchen, das sonst nicht gerade zu Unwahrheit neigte, hatte ihrer Angabe nach den ganzen Auflauf miterlebt und die Männerstiefel unter dem Kleide sogar selbst entdeckt. Und doch war von der ganzen Geschichte nichts, aber auch gar nichts wahr, und das Mädchen hatte alle Einzelheiten in der Erregung, die sie in jenen Tagen zwecklos umhertrieb, teils von andern übernommen, teils sich aus den Fingern gesogen.

Scheint aber der jetzige Krieg, der das Bedürfnis als maßgebend für den Einfluß der Idee auf große Volksbewegungen erwiesen hat, nicht auch *Friedmanns* Behauptung zu widerlegen, „daß auf politischem Gebiet



wirklich reale und wichtige Interessen, wie z. B. die Schädigung des Handels- und Erwerbsbetriebes, so gut wie nie imstande waren, die Völker leidenschaftlich gegeneinander zu erregen" (S. 302)? Tritt nicht immer klarer hervor, daß der jetzige, wie viele frühere Kriege, für England, unseren Hauptfeind, zunächst ein geschäftliches Unternehmen bedeutete, daß wenigstens das politische England ihn auf sich nahm, weil es in ihm „eine nicht so leicht wiederkehrende Gelegenheit zu einem glänzenden Geschäfte, d. h. der Vernichtung eines seiner gefährlichsten Konkurrenten, ohne bedeutende eigene Anstrengung"[1]) sah? Das ist sicher richtig, aber es gilt im wesentlichen nur für die maßgebenden Politiker, nicht für das übrige Volk, das zum großen Teile den Krieg ebensowenig gewünscht hat wie die überwiegende Bevölkerung der übrigen kriegführenden Länder. Freilich konnte es sich leichter als diese mit der Tatsache des Krieges abfinden, weil es sich vor seinen Schrecknissen durch das Meer und die „unüberwindliche" Flotte geschützt glaubte, und weil beim Fehlen der allgemeinen Dienstpflicht der Einzelne nicht selbst sein Leben für die Durchführung des Krieges einzusetzen genötigt war. Daß aber die innere Zustimmung breiter Schichten zum Kriege nicht nur durch die „wirklich realen und wichtigen Interessen" des Landes bestimmt wurde, daß vielmehr das ideelle Bedürfnis, die England zugeschriebene Rolle eines Schützers des Rechts und der kleineren Staaten auch gegen Deutschland zu wahren, daran beteiligt war, steht doch wohl außer Frage und läßt sich nicht allein mit der jetzt üblichen Berufung auf den englischen Cant abtun. Unter diesem Ausdruck, der, vom lateinischen cantus stammend, ursprünglich den halb singenden, getragenen Predigertonfall bezeichnet, in dem manche religiöse Sekten Bibelsprüche und moralische Gemeinplätze auch bei alltäglichen Hantierungen und im Geschäftsleben gewohnheitmäßig vorbrachten, versteht man jene im heutigen England wohl mehr als anderswo verbreitete und zur Vollkommenheit ausgebildete besondere Art der Heuchelei, die den Antrieb gewöhnlichen Eigennutzes mit christlichen und hochmoralischen Beweggründen zu umhüllen und zu verbergen sucht, und es ist nicht zu leugnen, daß die englische Regierung seit Jahrhunderten diesen Cant geschickter und erfolgreicher als andere Regierungen geübt und namentlich auch während dieses Krieges im vollen Bewußtsein der Täuschung überreichlich benutzt hat. Aber man geht entschieden zu weit mit der Annahme, daß sie damit nur auf die Verbündeten und Neutralen habe Eindruck machen wollen, und daß das eigene Volk die im Brustton der Überzeugung vorgetragene Behauptung, daß England einzig für Belgiens Unabhängigkeit und zum Schutze anderer Länder gegen Deutschlands Übergriffe und Barbarei das Schwert gezogen habe, als Cant

[1]) *L. Löwenfeld*, Mußte er kommen? Der Weltkrieg, seine Ursachen und Folgen im Lichte des Kausalitätsgesetzes. Wiesbaden, Bergmann, 1916.



durchschaut und nur aus schlauer Berechnung und politischer Erziehung sich zu eigen gemacht habe. Für Gerechtigkeit und andere sittliche Güter einzustehen, ist zwar ein weit abgeleitetes und deshalb bei den meisten nicht gerade tiefgehendes, aber zugleich ein weit verbreitetes Bedürfnis, an das jemand, der die Massen erregen will und seine Sache versteht, kaum je vergebens sich wenden wird, solange er sich mit begeisterter oder entrüsteter Zustimmung begnügt und keine persönlichen Opfer verlangt. Geht es an den eigenen Beutel oder Kragen, dann pflegt bei der Menge die Berufung an die höchsten Güter der Menschheit zu versagen oder tut dann nur etwa im Sinne des Cant ihren Dienst, indem sie gestattet, vor Andern und vor sich selbst die sittlichen Beweggründe hervorzuheben und die eigentlich wirksamen Triebfedern in den Hintergrund zu stellen. In England genügte die Schilderung deutscher Frevel und Greuel zur Rechtfertigung des Krieges, so lange business as usual daneben möglich schien, als aber die Lage gefährlich wurde, mußte der Schleier, der die wahren Ursachen des Krieges einhüllte, an einzelnen Stellen zerrissen und den Massen klargemacht werden, daß der Krieg einer wachsenden Not des Landes abzuhelfen bestimmt war. Nur so konnte man hoffen, die Aufwallung der Massen in zähe Entschlossenheit und Opferwilligkeit zu verwandeln. Es zeigen somit gerade die Vorgänge in England, daß nur wichtige oder doch wichtig scheinende Bedürfnisse die Tatkraft erregen, sie zeigen aber zugleich, daß *Friedmann* mit seiner Behauptung in gewissem Sinne recht hat. Leidenschaftliche Erregung der Massen im Sinne heftigen Aufflammens wird durch Anklingen sittlicher Ideen verhältnismäßig leicht erzeugt, während nachhaltiger Wille der Masse einem — wirklichen oder vermeintlichen — näherliegenden Bedürfnis entspringt.

Wenn ich sittlichen Ideen eine tiefergehende und andauernde Massenwirkung abspreche, so schlage ich damit ihre Bedeutung für große Volksbewegungen keineswegs gering an. Sie können eine auf näherliegenden Bedürfnissen fußende Bewegung erheblich fördern oder beeinträchtigen und sind deshalb auch in diesem Kriege in weitestem Umfange herangezogen worden. Wie ist der sittliche Unwille in allen Ländern gegen uns Deutsche aufgeboten und mit allen Mitteln genährt worden! Wie weit man darin gegangen ist, zeigt ein nicht zu überbietendes Beispiel, das ich der „Täglichen Rundschau“ entnehme: Eine in Dänemark erschienene Schmähschrift „Klokke Roland“ von Joh. Jörgensen, in Dänemark in 17 Auflagen verbreitet und in wohl alle europäischen Hauptsprachen übersetzt, läutet Sturm gegen die deutschen Bestien, die aus angeborener Mordlust die Frauen schänden, die Kinder töten, die heiligen Gefäße der Kirche beschmutzen, in den Städten sengen und plündern. Wie ein greller Schrei des Wahnsinns klingt die Stimme dieser Glocke in die Welt hinaus. Wachet alle miteinander auf und haßt diese Deutschen! Sie sind der Auswurf der Erde! Sie sind ein Volk von Verbrechern und waren es von jeher! Sie sind der ewige Barbarenaufruhr, der die gesitteten Völker



bedroht. Sie sind ein Schwert, das sich an Blut satt trinken muß. Sie schlagen allem Menschlichen und Göttlichen mit frecher Faust ins Gesicht. Sie haben eine gemeine Freude daran, ihre Notdurft in geweihte Gefäße zu verrichten und dem Heiligen ins Antlitz zu speien. Haßt die Deutschen, schlagt sie in Ketten! Sperrt sie in ein unterirdisches Gewölbe der europäischen Welt! Aber nicht nur das Bedürfnis nach Sittlichkeit und Gerechtigkeit, auch religiöse Vorstellungen ruft der Verfasser, der vor 20 Jahren zum Katholizismus übergetreten ist und seine Schrift dem Kardinal Mercier gewidmet hat, gegen uns auf: „Wir gehen dem Jüngsten Tage entgegen, daran zweifeln nur wenig denkende Menschen. Der Krieg leitet ihn ein." In stärkerer Weise kann wohl kaum ein sittliches Bedürfnis gegen ein Volk wachgerufen werden. Wie verbreitet aber solche „Wahnideen" sind und welche Verirrungen aus ihnen hervorgehen können, zeigt auch beispielweise der Armeebefehl des französischen Generals Dubois, Führers der 6. Armee, vom 2. Juni 1915, dessen Eingang lautet: „Mit Entrüstung hat der Armeeführer erfahren, daß an einem Punkte der Front Unterhaltungen und manchmal sogar Austausch von Händedrücken mit Deutschen stattgefunden haben. Es fragt sich, ob es überhaupt möglich ist, daß ein Franzose so tief sinke, um einem von diesen Banditen die Hand zu drücken, die überall Brand und Zerstörung verbreiten, die Frauen, Kinder und Greise morden, die verräterischerweise unsere Gefangenen töten, indem sie sie ans Kreuz binden, und die unsere Verwundeten zu Tode quälen." Dort ein neutraler und daher mit dem Schein der Unparteilichkeit ausgestatteter Schriftsteller, dessen giftiges Buch weiteste Verbreitung findet, hier die Autorität eines verantwortlichen Heerführers, beide in den gemeinsten Beschuldigungen zusammentreffend, und doch, wie sehr auch selbst in neutralen Ländern durch solche und ähnliche Kundgebungen die öffentliche Meinung gegen uns eingenommen worden ist: wo nicht eigene, näherliegende Bedürfnisse mitsprechen, vermochte alle Entrüstung die Teilnahme am Kreuzzug gegen Deutschland nicht durchzusetzen. Wohl aber haben in den uns feindlichen Völkern solche Veröffentlichungen das Verlangen, Deutschland niederzuringen, verstärkt und dadurch, daß Deutschlands Züchtigung als Forderung der Gerechtigkeit erschien, viel dazu beigetragen, die Berechtigung des Krieges, deren Nachweis bei Beschränkung auf den wahren Zusammenhang nicht möglich gewesen wäre, den Massen darzutun; zugleich aber hat jene Lüge auch rohe und grausame Handlungen gegen wehrlose Deutsche ausgelöst, die die Rache, vor der unsere Heere Deutschland bewahrten, in Ermangelung des beschuldigten Volkes am unschuldigen Einzelnen vollzogen.

Wie hier die Vorstellung deutscher Barbarei barbarische Antriebe von Hemmungen befreite, die sonst derartige Ausbrüche in europäischen Kulturstaaten doch wohl unmöglich gemacht oder ihnen wenigstens die entschiedene Mißbilligung weiter Kreise zugezogen hätten, so haben wir auch in Deutschland, wenn auch in ganz anderem Zusammenhang zu

Anfang des Krieges die befreiende Macht der rein sittlichen Idee erfahren. Der Gedanke an die Gerechtigkeit unserer Sache, das Bewußtsein, daß der Krieg von unserer Seite nicht leichtfertig durch Eroberungslust und Begehrlichkeit entfesselt war, daß im Gegenteil unser Kaiser und unsere Regierung den Willen zum Frieden bei früheren Gelegenheiten und ebenso jetzt so weit getrieben hatten, als mit dem Schutze unseres Daseins nur irgend vereinbar schien, hat durch Beseitigung hemmender Vorstellungen nicht nur in der sozialdemokratischen Partei ganz wesentlich zum einmütigen Zusammenschluß des deutschen Volkes beigetragen. Denn mehr als unseren Gegnern ist dem deutschen Volke das Bedürfnis eines reinen Gewissens eingeprägt, und der Grundsatz: wright or wrong, my country ist zum Leidwesen mancher bei uns nie verbreitet gewesen. Wir wollen uns dessen freuen, um so mehr, als die Wurzel dieser oft als unvorteilhaft empfundenen Eigenart auf den Grundzug hinführt, den wir als höchstes Erbgut unseres Volkes schätzen, und auf den wir auch jetzt die feste Hoffnung unseres Sieges oder doch unseres Durchhaltens bauen. Gründlichkeit, oft in Schwerfälligkeit und Grübelei ausartend, Folgerichtigkeit im Denken und Handeln, leicht zu pedantischem Dogmatismus versteinernd, und damit verbunden ein starkes Streben nach Sachlichkeit der Auffassung und Beurteilung, das eher dazu führt, Fremdes zu überschätzen als unbefangen das Eigene hochzuhalten, das sind seelische Grundzüge, die sicher dem deutschen Volke nicht allein eigen, aber in ihm im Guten und Schlechten verbreiteter sind und tiefere Wurzeln geschlagen haben als anderswo. Sie haben uns den Ruf eines philosophischen und wissenschaftlichen Volkes eingetragen, in Industrie und Handel, nicht zum wenigsten aber auch im Militärwesen Deutschlands Leistungen gesteigert und zugleich auf sittlichem Gebiete unser Volk den besonderen Weg geführt, der durch die Namen Luther, Lessing, Kant, Goethe und Schiller gekennzeichnet wird, und auf den auch die Massen geleitet zu haben ein Verdienst preußischer Zucht und des allgemeinen Schulzwanges ist.

Denn das wissenschaftliche Denken, das dem Bedürfnis engeren Anschlusses an den wirklichen Zusammenhang entspringt, und das durch jene unserem Volke vor andern eigene besondere Geistesrichtung ebenso begünstigt wird, wie es fördernd darauf zurückwirkt, zeigt sich nicht nur im Erkennen fruchtbar, sondern steht auch in engerem Zusammenhang mit dem sittlichen Wollen, als es zunächst den Anschein hat. Wenn der Trieb zum Wollen wird durch das Bewußtsein des Ziels und der Beweggründe, so wird er zum sittlichen Wollen dadurch, daß er das rechte Ziel aus den rechten Beweggründen erstrebt. Das Gewissen, in dem sich das Bedürfnis rechten Handelns äußert, weist dem sittlichen Wollen den Weg, den die Überlieferung und eigenes Denken gebahnt hat. Je mehr aber jene Überlieferung auf wissenschaftlich haltbarem Grunde ruht, d. h. der Wirklichkeit angepaßt ist, um so sicherer führt sie ein Volk durch Gefahren und ist geeignet, dem Einzelnen dauernde Befriedigung zu gewähren und alle



Arbeit segensreicher für die Menschheit zu gestalten. Der große Wurf eines religiösen und sittlichen Genies ist ja nur insoweit glücklich, als er den Ertrag wissenschaftlichen Denkens, das er befruchtet und schließlich richtunggebend beeinflußt, unbewußt und oft im Widerspruch mit zeitgenössischen Ansichten vorwegnimmt, und er vermag, so sehr er an und für sich das Wollen zu versittlichen geeignet ist, auf die Dauer nur dann seine ursprüngliche Wirkung zu bewahren oder neu zu entfalten, wenn die durch ihn zur Herrschaft gelangte Idee sich durch Anpassung an die stets neu auftauchenden Bedürfnisse und doch im Geiste strengster Sachlichkeit umgestaltet und damit lebendig und mit voller Kraft in den Besten fortzuwirken imstande bleibt. Sachliches Denken, mag es in den einzelnen Wissenschaften oder im philosophischen Zusammenschluß der Wirklichkeit sich nähern, führt deshalb auch, wenngleich oft auf weiten Umwegen sich verzweigend und scheinbar weitab leitend, schließlich doch zur Ausgestaltung und Vereinheitlichung der sittlichen und religiösen Idee und ändert hierdurch langsam und unmerklich weiterhin auch den Inhalt dessen, was dem Einzelnen sein Gewissen sagt. Der tiefste Grund, auf dem die Macht des Gewissens wie des wissenschaftlichen Denkens beruht, ist ja eben das Bedürfnis nach sachlichem, nicht vom eigenen vorübergehenden Gefühl und wechselnden Vorstellungen bestimmtem Handeln, nach Anpassung dort an eine zunächst geahnte, hier an eine sogleich denkend erfaßte Wirklichkeit, und wie der Denker, um sein Ziel zu erreichen, gewissenhaft vorgehen muß und dadurch sein Gewissen in dieser Richtung weiter bildet, so vermag er auch bisweilen durch fernab liegende wissenschaftliche Ergebnisse hindurch auf das Gewissen Anderer inhaltgestaltend einzuwirken.

Daß ich das Gewissen als Ausdruck eines Bedürfnisses auffasse und damit vom Triebe ableite, mag zunächst manchen deshalb befremden, weil es in der Form des Gebotes „Du sollst“ auftritt und deshalb gewöhnlich den Trieben entgegengestellt wird. Doch auch wenn diese wirklich, wie es beim Menschen zunächst den Anschein hat, nur der Erhaltung des leiblichen Ich dienten, würde das Gewissen, das offenbar ein ganz anderes Ziel verfolgt, im Gegensatze zu ihnen stehen. Aber im Tierreich, besonders deutlich bei manchen Insekten, sehen wir, daß die Triebe, je unbewußter und eindeutiger sie das Verhalten bestimmen, um so mehr im Falle eines Widerspruchs zwischen beiden Wirkungen nicht die Erhaltung des Einzelnen, sondern die Erhaltung der Gemeinschaft und damit der Art fördern, und wir leiten dies davon ab, daß die Gemeinschaft, bei der das Triebleben in solcher Weise geordnet ist, im Kampfe ums Dasein am besten besteht. Je mehr in der Reihe der Lebewesen mit zunehmendem Bewußtsein statt bloßer Triebe Bedürfnisse auftreten und deren Befriedigung nicht nur für die Gegenwart, sondern auch für eine immer weitere Zukunft ins Auge gefaßt wird, um so verwickelter und einander widerstreitender gestaltet sich der Zusammenhang der Vorstellungen, der den Bedürfnissen



entspringt und ihrer Abhilfe dient. Zugleich aber vertieft sich mit der Zunahme des Bewußtseins die Kluft zwischen der eigenen Person und den übrigen Menschen, und die eigene Person gewinnt auf Grund des unmittelbaren Gefühls eine weit größere Bedeutung, so daß, wenn wir vom Geschlechtstrieb absehen, im Einzelleben die Triebe mehr gepflegt und gewohnheitmäßig befriedigt, also gestärkt werden, die auf die Erhaltung des Einzelnen und erst hiervon abhängig und in merkbarem Abstande auch auf die Erhaltung der hierzu notwendigen kleineren Gemeinschaft gehen. Erst allmählich und auf Umwegen entstehen weiterhin Bedürfnisse, die der Erhaltung größerer Gemeinschaften dienen. Was auf früheren Stufen unbewußter Trieb war, wird jetzt durch Überlegung Einzelner gewonnen, und mag diese Überlegung einseitig religiöser oder sittlicher Art sein oder vom Standpunkte des Nutzens ausgehen, immer wird das Schlußergebnis die Ausdehnung der Gemeinschaft — wenn auch in mannigfacher Abstufung — auf die gesamte Menschheit sein, also weit über die dem bloßen Triebe gezogenen Schranken hinausweisen. Am raschesten und eindeutigsten kommt zu diesem Schlußergebnis die religiöse und sittliche Betrachtung, jene, indem der Familiengott sich zum Volksgott und weiter zum einzigen Gott entwickelt, dem nun die gesamte Menschheit angehört, diese, indem die Überlegung die wesentliche Gleichheit und damit Gleichberechtigung aller Menschen klar vor Augen stellt. Erst viel später und auf breitester Grundlage führt die vom Standpunkte des Nutzens ausgehende Überlegung zur Überzeugung, daß die gesamte Menschheit den Einzelnen angeht, und zwar in immer stärkerem Maße, je mehr sowohl Handel und Verkehr wie geistige Bestrebungen sich ausdehnen und eine Gemeinsamkeit und gegenseitige Abhängigkeit der Völker hervorbringen. So fällt das Endergebnis der Überlegung vom religiös-sittlichen und vom Nützlichkeitstandpunkt in der Auffassung der gesamten Menschheit als einer einzigen großen Gemeinschaft zusammen. Aber freilich lautet die Antwort auf die Frage, wie ich mich nun zu den einzelnen Angehörigen dieser Gemeinschaft zu verhalten habe, entsprechend dem Ausgangpunkte beider Betrachtungsarten grundverschieden, weil jeder Ideenkreis das Verhältnis zu den übrigen Menschen in anderer Weise abstuft: dort ist der Nächste der, der meines Beistandes zunächst bedürftig ist, hier der, der mir am meisten zu nützen die Macht und den Willen hat, und ein wenigstens in der Mehrzahl der Fälle einheitliches Verhalten als Ergebnis beider Betrachtungsarten springt erst dann heraus, wenn beide nicht nur in genauer Überlegung bis zu Ende geführt sind, sondern auch das Ergebnis dieser Überlegung maßgebend für das Handeln und zwar nicht etwa für das Handeln Einzelner, sondern für das der Gesamtheit maßgebend geworden ist. Da ein solcher allgemeiner Sieg der Idee aber erst in einer unendlich fernen Zukunft, etwa im tausendjährigen Reich, Aussicht auf Verwirklichung hätte, bleibt für die Welt, in der wir leben, der Zwiespalt zwischen Egoismus und sittlich-



religiöser Forderung sogar schon in der Mehrzahl der Fälle unausgeglichen bestehen. Wieviel mehr erst in der Minderzahl, wo eine sachliche Überlegung im Dienste des Egoismus unter allen Umständen zu durchaus anderem Handeln führen muß als im Dienste des religiös-sittlichen Bedürfnisses. Und da bei gleicher Ausstattung mit Überlegung und Tatkraft der Egoismus im allgemeinen die größere Aussicht des Erfolges für sich hat, und zwar um so größere, je weniger er durch sittliche Regungen gehemmt wird, müßte da nicht der Kampf ums Dasein dem Egoismus um so sicherer zum Siege und allmählich zur Alleinherrschaft verhelfen, je feiner und folgerichtiger die Überlegung sich ausbildet?

Dies wäre sicher richtig, wenn es immer nur auf Durchschnittleistungen ankäme. Unter sonst gleichen Verhältnissen hat aber, wenn es auf höchste Kraftanspannung ankommt, der von einer sittlichen Idee geleitete Wille einen Vorsprung vor dem egoistisch bestimmten Willen dadurch, daß er ohne entscheidenden Ausblick auf das Wohl des Trägers sein Ziel verfolgt, daher Gefahren leichter auf sich nimmt und unbeirrt das Äußerste da wagen kann, wo es dem Egoismus seiner Grundlage nach nicht möglich ist. Freilich wird dann, wenn es gilt, die Früchte dieser Höchstleistungen zu ernten, der Egoismus gewöhnlich jenen Vorsprung wieder einholen und so trotz seiner Unterlegenheit in Höchstleistungen schließlich doch die größere Aussicht haben, sich auf die Dauer im Kampfe ums Dasein erfolgreich durchzusetzen.

So sehr dies aber im Leben der Einzelnen zutrifft, so wenig gilt es für die staatliche Gemeinschaft. Selbst wenn ein Staat aus lauter Egoisten bestände, die sachlich denkend den reinen Ichstandpunkt durchaus folgerichtig bis zu Ende führten und danach handelten, so würde jene Betrachtung nur so lange richtig sein, als es diesem Staate gelänge, einen Zusammenstoß mit andern Staaten zu vermeiden, deren Bürger in stärkerem Maße aus sittlichen Beweggründen handelten. Diese Staaten würden jenem nach obigen Darlegungen in bezug auf Höchstleistungen ihrer Bürger überlegen sein und ihn deshalb im friedlichen Wettbewerb unter sonst gleichen Voraussetzungen überflügeln, wenn auch hier ein Ausgleich durch Übernahme der Errungenschaften, zumal auf wissenschaftlichem Gebiete, eher möglich ist. Daß jene Überlegenheit aber im Fall eines Krieges ungeschmälert zutage treten muß, leuchtet ein, da der reine Egoismus zum unbedingten Opfer für den Staat unfähig ist und darum auch unfähig zum unbedingten Willen, ihm den Sieg unter allen Umständen zu erkämpfen und hierfür das Höchste zu leisten. Der Staat, in welchem die sittliche Idee eine überwiegende Macht darstellt, mag daher jenem aus folgerichtigen Egoisten bestehenden Staate unter gewöhnlichen Verhältnissen vielfach unterlegen sein, da dieser in der Wahl seiner Mittel durch sittliche Erwägungen nicht beschränkt ist, und z. B. im Cant, solange derselbe nicht allgemein durchschaut wird, einen vorzüglichen Schutz sittlich denkenden Völkern gegenüber zur Anwendung bringen kann:

die grundsätzliche Überlegenheit wird jedenfalls dann offenbar werden, wenn es ums Letzte geht und der Sieg davon abhängt, daß der Einzelne sich ganz für das Gemeinwohl einsetzt.

Wenn nun auch der hier angenommene Fall nicht der Wirklichkeit angehört, da es einen nur aus reinen Egoisten und noch dazu folgerichtig denkenden Egoisten bestehenden Staat nicht gibt, so sind doch Unterschiede der Verbreitung sittlicher und egoistischer Bedürfnisse in den Massen unzweifelhaft zwischen einzelnen Völkern vorhanden und müssen im Sinne jener Folgeerscheinungen wirken. Nicht als ob jeder Einzelne oder auch nur ein beträchtlicher Teil eines Volkes wissenschaftlich dächte und eine dem sittlichen oder egoistischen Ausgangpunkt sich angliedernde Gesamtanschauung folgerichtig auszugestalten imstande wäre, wohl aber teilen die von den geistigen Führern geformten Ideen, sobald sie einem Bedürfnis entsprechen, sich zunächst einer meist rasch sich vergrößernden Anzahl von Gebildeten mit, die, weniger schöpferisch als aufnahmefähig und nachschaffend, das Gebotene in sich verarbeiten und weiter verbreiten. Je größere Kreise die Bewegung zieht, um so mehr weicht dann das denkende Erfassen der Idee der autoritativen Einpflanzung, die *Friedmann* unter dem Suggestivdenken befaßt, und von der schon hinlänglich die Rede war. Ist die Idee erst in den maßgebenden Schichten zur Herrschaft gelangt, so wird sie durch Gewöhnung und Erziehung weiter befestigt, soweit nicht stärkere Bedürfnisse dem entgegenwirken.

Freilich führt wissenschaftliches Denken, auch wenn es noch so vielseitig begründet ist und zu noch so einheitlicher Auffassung der Wirklichkeit fortschreitet, für sich allein nicht zur Überwindung des Egoismus durch Sittlichkeit. Wohl begünstigt wissenschaftliche Tätigkeit die Sittlichkeit dadurch, daß sie gewissenhaftes Vorgehen verlangt und daran gewöhnt, eine Sache um ihrer selbst willen, nicht ihres Nutzens wegen, zu betreiben. Mag jemand zunächst auch aus eigennützigen Beweggründen nach Erkenntnis streben, ihm wird leicht und unmerklich zum Ziel, was ihm anfangs Mittel war, wie Anhäufung von Reichtum, begonnen als Mittel zum Genuß und zur Sicherung desselben, so häufig später zum Selbstzweck wird. Aber über seinen eigenen Bereich hinaus kann wissenschaftliches Denken sittliches Handeln nicht hervorbringen; nur da, wo bereits ein Keim der Sittlichkeit vorhanden ist, kann er mit Hilfe wissenschaftlichen Denkens erstarken. Und einen solchen Keim, der in fast allen Menschen vorhanden ist, stellt das Bedürfnis zur Erhaltung der kleineren Gemeinschaft dar, auf die der Einzelne zur Selbsterhaltung angewiesen ist. Wer, zunächst aus Egoismus für die eigene Familie, den eigenen Wirkungskreis oder, wenn feindliche Angriffe das Bedürfnis eines größeren Zusammenschlusses herbeiführen oder wach halten, für den eigenen Stamm sorgt, wird hierin nicht nur durch Überlegung bestärkt, sondern auch er macht leicht die Erfahrung, daß das, was ursprünglich nur Mittel war, leicht zum Zweck auswächst: der Erhaltungstrieb, der erst in gewissem Abstand vom

eigenen Wohl das Wohl der Familie oder des Stammes in sein Ziel einschließt, baut diese Nebenleitung dadurch, daß er sich immer häufiger und stärker in ihr betätigt, allmählich so fest aus, daß die Familie oder der Stamm dem Menschen gleich wichtig oder schließlich gar wichtiger wird als das eigene Ich. Man spricht da gern vom erweiterten Ich oder vom sekundären im Gegensatze zum primären Ich oder bezeichnet auch wohl die Familie als Urzelle der Sittlichkeit; doch wie man auch jene Lenkung des Egoismus in sittliche Bahnen darstellen mag, es wird in ihr die bei Zunahme des Bewußtseins sich öffnende Kluft zwischen Ich und Gemeinschaft durch das Bedürfnis überbrückt. In gleichem Sinne wirkt dann aber, und mit immer stärkerer Kraft, die Überlieferung, die für die Erhaltung menschlicher Gemeinschaften die gleiche Wichtigkeit gewinnt wie die Naturordnung der Triebe im Tierreich, wie diese im Kampfe ums Dasein erworben und seinen Forderungen mit dem Ziele der Erhaltung der Gemeinschaft angepaßt. Solange die Verhältnisse sich nicht wesentlich ändern, pflegt auf tieferen Kulturstufen ein Widerstreit zwischen den Forderungen der Überlieferung und egoistischen Strebungen des Einzelnen verhältnismäßig selten aufzutreten; wo er aber auftritt, erfolgt er in der Form des Kampfes zwischen Neigung und Gewissen. Denn die Überlieferung, soweit sie das Handeln regelt, tritt dem Einzelnen als Gebot entgegen: du sollst handeln, wie die Ahnen gehandelt, wie die Götter es wollen, wie es recht und gut ist; das haben die Eltern durch Ermahnung und Beispiel, in Liebe und Strenge, das haben die, die du achtest, und deren Achtung du dir erwerben und erhalten willst, das haben die Götter selbst dir ins Herz gepflanzt; handelst du anders, so lösest du innerlich dich von der Gemeinschaft der Tüchtigen und Frommen, die der Überlieferung treu sind, und verdienst die Strafe der Menschen und Götter. So spricht in der Stimme des Gewissens zunächst die Vergangenheit und fordert ein Handeln im Sinne der Erhaltung und Förderung der Gemeinschaft, ein Handeln, das gerade, weil seine Richtung im Gegensatze zur Vereinzelung des Egoismus dem Bedürfnis der Gesamtheit angepaßt ist und dessen Befriedigung zum Ziele hat, in Einklang setzt mit allem, was als gut und edel und göttlich gilt, und somit inneren Frieden zu schaffen geeignet ist.

Wurzelt das Gewissen in der Überlieferung, so muß besonders da, wo deren Führung nicht ausreicht, wo eine neue Lage neue Bedürfnisse hervortreibt und gewohnte Bahnen zu deren Befriedigung nicht vorhanden sind, die Stimme des Gewissens leicht übertönt werden, bis sie durch Überlegung ergänzt und den neuen Anforderungen gerecht wird. Das zeigt sich beim Einzelnen in der Pubertätszeit, bei der Gesamtheit zur Zeit großer Umwälzungen, wenn etwa einem Volke eine überlegene Kultur zugeführt wird oder einschneidende wirtschaftliche Änderungen sich geltend machen. Da hierdurch die Vorstellungen vermehrt, durch ihren Gegensatz verdeutlicht, zugleich aber neue, oft stark vom Bisherigen abweichende Gefühlszuordnungen gebildet werden und sich erst allmählich befestigen müssen,



das Bewußtsein sich also rasch erweitert und langsamer auch vertieft haben wir in solchen Zeiten einen ähnlichen Fall wie bei der Entwicklung der Menschheit aus der Tierheit, nämlich den, daß mit der Zunahme des Bewußtseins die bisherigen Triebe in Unordnung geraten und die eigene Person größere Bedeutung gewinnt. Nur ist in den jetzt betrachteten Fällen immerhin eine Überlieferung sittlicher Gedanken und damit eine Bindung des Denkens und Fühlens an die Vergangenheit da und kann daher auch mit den neuen Vorstellungen zu neuen Gebilden sich vereinigen, so daß ebenso, wie in solchen Zeiten der Egoismus in Vielen stärker und in ungewohnter Gestalt hervortritt, auch neue Formen der Sittlichkeit in buntem Gemisch und vielfach einander entgegengesetzt auftauchen, von denen dann diejenigen, die der Überlieferung und den neuen Bedürfnissen am besten angepaßt sind, am meisten Aussicht haben, sich allmählich im maßgebenden Teil der Gesamtheit durchzusetzen und die Überlieferung und mit ihr den Gewissensinhalt späterer Geschlechter in ihrem Sinne zu beeinflussen. Ein naheliegendes Beispiel bietet die Renaissancezeit, aber auch die Umwälzung der Produktions- und Handelsverhältnisse im 19. Jahrhundert.

Die Stimme des Gewissens ist demnach die Form, in der die Überlieferung auf das Handeln des Einzelnen unmittelbar autoritativ wirkt. Ein vom Selbsterhaltungstrieb abgeleitetes Bedürfnis gibt der Autorität der Überlieferung Nachdruck, das Bedürfnis, mit der Gemeinschaft in äußerem und innerem Zusammenhang zu bleiben, Vorbildern, mögen sie der Überlieferung oder persönlicher Erfahrung entnommen sein, zu folgen und sich Achtung zu erwerben nicht nur vor Andern, sondern auch vor sich selbst. Dies Bedürfnis ist in früher Jugend in Anknüpfung an zahllose, im einzelnen der Erinnerung entfallene Vorgänge entstanden und weiter befestigt, so daß es als ursprünglich und in seinem Keime angeboren erscheinen kann. Durch Anknüpfung an religiöse Vorstellungen gewinnt es eine besondere Macht und kann dem, der eine metaphysische Wirklichkeit anerkennt, auch dann mit Recht als göttliche Gabe gelten, wenn er es auf Überlieferung und Erziehung begründet, ja auch dann, wenn er die Wirkung des Gewissens wie die der „Wahnideen im Völkerleben" auf Wachsuggestion in *Friedmanns* Sinne zurückführt und „eine nicht zu leugnende Verwandtschaft mit der Dressur höherer Tiere" annerkennt (S. 280).

Diese Verwandtschaft liegt ja nur in der Einpflanzung von außen durch eine physisch und autoritativ stärkere Macht, sei es eines Einzelnen, sei es der Umwelt im ganzen, und in den Folgen dieser Einpflanzung. *Friedmann* berichtet an anderem Orte [1]): „Wer einen Hund besitzt, weiß, daß innere, den Eindruck der Reflexion darbietende Kämpfe täglich bei ihm sich ereignen, der Hund sieht bald auf das Verbotene, bald auf den

[1]) *Friedmann*, Weiteres zur Entstehung der Wahnideen und über die Grundlage des Urteils. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. II, S. 17.



Herrn und läßt, auch wenn dieser keinerlei Zeichen gibt, oft unter Stöhnen von seinem Vorhaben ab. Ebenso weiß es der Hund ganz wohl, wenn er nach strafbarer Handlung eine Züchtigung zu erwarten hat, nur verstehen die Hunde, welche ich persönlich beobachten konnte, nicht zu unterscheiden, ob ihr Herr den Fehltritt beobachten konnte oder nicht, z. B. wenn er vor Ankunft des Herrn geschah." Also auch bei diesen Hunden wird das Unbehagen, das dem Zuwiderhandeln gegen das Gebot folgt, durch bloß summarische Erinnerung an frühere Erlebnisse geweckt, „es fehlt die Auseinanderlegung eines Erinnerungskomplexes in seine einzelnen Vorstellungselemente" [1]), und der abgeleitete Trieb, der im Widerstreit mit einem ursprünglichen Triebe unterlag, scheint als Folge seiner Hemmung nur ganz im allgemeinen die unlustbetonte Vorstellung der Strafe zu hinterlassen, wie das böse Gewissen die unlustbetonte Vorstellung der Schlechtigkeit oder Unwürdigkeit. Dieser Unterschied der unlustbetonten Vorstellung entspricht der verschiedenen Bewußtseinsstufe und der verschiedenen Art der Einprägung beim Hunde und Menschen, und man kann, hiervon abgesehen, somit beide Vorgänge in ihrer Entstehung und seelischen Wirkung sehr wohl miteinander vergleichen, und ebenso darin, daß ein fortgesetztes Verhalten im Sinne der Dressur oder des Gewissens die Macht des abgeleiteten Triebes steigert, dagegen wiederholte Siege der ursprünglichen Triebe die Dressur und das Gewissen rasch um die langsam erworbene Wirkung bringen. Dagegen tritt ein wesentlicher Unterschied zutage, wenn wir uns von den psychologischen Vorgängen zu deren Zweck und Nutzen wenden. Im Gegensatze zum menschlichen Gewissen fördert die Dressur, die den Hund mit seinen ursprünglichen Trieben entzweit, ihn nicht an und für sich in seinem Innenleben oder im Kampfe ums Dasein, sondern nur im Hinblick auf sein dienendes Verhältnis zum Menschen, ihr Zweck ist die Brauchbarkeit des Hundes nicht für seinesgleichen, sondern für den Menschen, ja sie bietet nicht einmal die Aussicht, daß auch bei völligem Siege der Dressur in einer Anzahl von Hunden und bei Weiterbildung der entsprechenden Anlage durch passende Zuchtwahl ihren Nachkommen je ein Nutzen erwächst, der nicht durch ihre Beziehungen zum Menschen bedingt wäre, kurz, die Dressur des Hundes dient in allem einem artfremden Zweck, während das Gewissen den Keim zu einer höheren Entwicklungsstufe der Menschheit enthält nicht im Sinne einer Anpassung an eine fremde Wesensart, sondern im Sinne der Ausbildung und Vereinheitlichung der in ihm angelegten Triebe zum Vorteil der Menschheit selbst. Der durch Dressur erlangte Gehorsam des Hundes macht ihn zwar von seinen ursprünglichen Trieben in weitem Umfang unabhängig, aber vom Menschen abhängig; das Gewissen schafft nicht nur weitgehende Unabhängigkeit von den ursprünglichen Trieben, sondern auch Selbständigkeit gegenüber der Umwelt.

---

[1]) Ebenda S. 18.



Der ursprüngliche Inhalt des Gewissens ist durch die Überlieferung bedingt, der Inhalt kann aber durch Überlegung erweitert und den wechselnden Anforderungen besser angepaßt werden. Wissenschaftliches Denken, insofern es den Wert der das Handeln leitenden Vorstellungen für den Einzelnen und für die Gesamtheit aufweist und einen einheitlichen, der Wirklichkeit angepaßten Zusammenhang herstellt, trägt daher nicht nur wesentlich zur Ausgestaltung und nachhaltigen Begründung der sittlichen Idee bei, welche von wechselnden Antrieben unabhängig macht und eine Stetigkeit der Lebensführung gewährleistet, sondern ermöglicht auch, von je breiterer Grundlage es ausgeht, um so mehr, auch neuen Bedürfnissen und unvorhergesehenen Lagen gegenüber die einmal eingeschlagenen Richtlinien festzuhalten, und beugt somit einer Unsicherheit des Gewissens, einer „Verwirrung des Gefühls" vor.

So fördern sittlich gerichteter Wille und wissenschaftliches Denken sich gegenseitig, und zwar in viel höherem Maße, als dies zwischen Egoismus und wissenschaftlichem Denken möglich ist. Den Boden des reinen Egoismus verläßt schon derjenige, der nicht zu seinem Vergnügen oder zu seinem Nutzen wissenschaftlich tätig ist, sondern Erkenntnis um ihrer selbst willen sucht. Der folgerechte Egoist, der, wie *Stirner* will, seine Sache auf nichts als auf sich selbst stellt, den das Gemeinwohl nicht kümmert und der die Gesetze umgeht, bis er Kraft gesammelt hat, sie zu stürzen, denkt nicht wissenschaftlich in umfassendem Sinne, sonst würde er finden, daß solches Handeln auf die Dauer den Boden untergräbt, auf dem es wirksam sein kann. *Stirners* Versuch, den Egoismus philosophisch auszugestalten, zeigt jedenfalls, daß ein Volk, welches diese Richtung einschlüge, rasch der Schwäche und Auflösung verfallen müßte. Aber hierzu besteht keine Gefahr; jeder Staat, der sich im geschichtlichen Leben behauptet, beweist damit schon, daß neben dem Egoismus, mag dieser sich noch so rein in Einzelnen erhalten oder rein entwickeln, die auf Überlieferung beruhende Sittlichkeit in breitem, wenn auch vielleicht flachem Strome die Masse seiner Bürger durchdringt. Die Überlegung des Egoismus will im allgemeinen nicht dessen philosophischen Standpunkt klarlegen, sondern das Handeln im egoistischen Sinne regeln und führt daher in der Welt, in der wir leben, leicht zum Cant, aber nicht zu einer wissenschaftlichen Forschung über den Zweck des Lebens und Handelns, der ja dem wurzelechten Egoismus bereits feststeht. Eine philosophisch-wissenschaftliche Behandlung dieser großen, sich stets von neuem aufdrängenden Fragen gelingt in umfassender Weise nur auf dem Boden der Sittlichkeit. Wo sittliche Überlieferung und wissenschaftliches Bedürfnis zusammentreffen, werden daher die sittlichen Leitideen nicht nur besonders umfassend und gründlich ausgearbeitet werden, sondern auch die tiefste und breiteste Wirkung ausüben können. So haben die Grundgedanken Luthers, Kants und unserer großen Dichter das Volk, aus dem sie hervorgingen, und dessen Bedürfnissen sie entgegenkamen, in weiterem Umfange beein-



flussen können als andere Völker, deren in manchem abweichende Bedürfnisse von ihren hervorragenden Denkern in anderer Weise befriedigt und in andere Richtung gelenkt wurden. Wie sehr hier das Bedürfnis mitspricht, davon haben wir ein naheliegendes Beispiel in Shakespeare, dessen rein sachliche und zugleich im höchsten Sinne sittliche Behandlung dramatischer Vorwürfe größerer Empfänglichkeit in Deutschland als in seinem Vaterlande begegnet und ihm bei uns eine viel allgemeinere und tiefere Wirkung verschafft, während er auf der englischen Bühne mehr ein prunkvolles und durch den Ruhm seines Namens gesichertes Scheinleben führt.

Man braucht durchaus nicht blind zu sein gegen die große Verbreitung egoistischen, die Gesamtheit schwer schädigenden Handelns auch unter uns, die sich allerorten und mit einer oft ebenso unbefangenen wie erschreckenden Rücksichtlosigkeit der Beachtung aufdrängt, und kann doch die Überlegenheit deutscher Sittlichkeit und Sachlichkeit anerkennen und darauf die Zuversicht deutschen Sieges gründen. Einmal steht es, soweit darüber jetzt ein Urteil möglich ist, in Deutschland mit egoistischen, dem Gemeinwohl verderblichen Machenschaften nicht schlimmer als in den uns feindlichen Ländern, wohl aber insofern erheblich besser, als die maßgebenden Männer unserer Regierung nicht nur selbst sittlich rein, sondern auch von Kreisen, die jenen Bestrebungen zugetan sind, persönlich unabhängig dastehen; dann aber beruht ja unsere Zuversicht nicht allein darauf, daß Sittlichkeit und Pflichtbewußtsein in unserem Volke verbreiteter ist und tiefer wurzelt als bei unseren Feinden, sondern auf der Verbindung dieser besonderen Art der Sittlichkeit mit über dem Durchschnitt stehendem sachlichen Denken. Um dessen sicher zu sein, brauchen wir nur die Beurteilung der jetzigen Kriegs- und Wirtschaftlage bei uns und bei unseren Gegnern zu vergleichen und die Forderungen zu betrachten, die im Vierverband für die künftigen Friedensbedingungen nicht etwa von unmaßgeblichen Einzelnen, sondern von verantwortlichen Staatsmännern und tonangebenden Zeitungen bei jeder Gelegenheit laut vor aller Welt verkündigt werden. Gewiß wird man die Verblendung, die aus den Reden englischer Minister spricht, deshalb nicht auch ihrem Denken zuschreiben; seit langem ist ihnen ja neben dem Cant der Bluff als wirksames Mittel vertraut, und es ist in der Tat sehr bezeichnend, daß uns für beide von ihnen gewohnheitmäßig geübten Täuschungsarten nur englische Worte zur Verfügung stehen, aber wenn das Vertrauen auf diese Mittel auch auf langjähriger, oft erprobter Erfahrung beruht, sachliches Denken spricht sich darin nur mit der sehr wesentlichen Einschränkung aus, daß zwar leichte und vorübergehende Erfolge von jenem Verfahren zu erwarten sind, nachhaltige Wirkungen jedoch da ausbleiben müssen, wo die Täuschung durchschaut wird und Mut und Kraft zum Widerstand nicht erlahmen. Cant und Bluff teilen das Schicksal jeglicher Art von Mimikry: sie können da von durchschlagendem Nutzen sein, wo sie gläubig hingenommen und nicht näher geprüft werden; sachliches Denken und festes Zugreifen zer-



stört den falschen Schein zum Unheil des Urhebers. So wird die Einigkeit des gegen uns aufgebotenen bunten Völkergemisches, welche durch jene Mittel und die mit ihrer Hilfe verbreiteten „Wahnideen" hervorgerufen und aufrechterhalten wird, auf die Dauer der Wahrheit nicht standhalten können. Was aber zunächst auch kommen mag, wir dürfen darauf vertrauen, daß im Kampfe ums Dasein unter sonst gleichen Umständen zuletzt dem Volke der Sieg winkt, dessen Führer und dessen Massen sachlicher zu denken und sittlicher zu handeln gewohnt sind. Sachliches Denken und sittliches Handeln gehören hierbei zusammen, denn nur die Form der Sittlichkeit, die ihre Ausgestaltung sachlichem Denken verdankt, und sachliches Denken, das, von jener Sittlichkeit getragen, die Aufgabe der Stunde ergreift, sind geeignet, in der Zeit der Not das Höchste zu leisten.

Aber der Krieg fördert andrerseits auch jene gegenseitige Durchdringung von Sachlichkeit und Sittlichkeit. Er hat in der sittlichen Wertordnung Vieler die Idee des Staates erst an die ihr sachlich gebührende Stelle gerückt, und das durch den Krieg geweckte und geschärfte Bedürfnis nach Erhaltung und Sicherung des gefährdeten Staates, das seine Kraft den in ihm zu gemeinsamer Richtung zusammengefaßten Grundtrieben entlehnt, kann nur befriedigt werden, wenn jene Durchdringung sich behauptet und weiter durchsetzt. Und da sachliches Denken den besten Schutz gegen die Verbreitung von „Wahnideen im Völkerleben" gewährt und Volksführer, deren Sittlichkeit durch sachliches Denken geläutert ist, gar nicht in die Lage kommen, durch Einpflanzung falscher Vorstellungen Erfolge anzustreben, ist die Hoffnung vielleicht nicht unberechtigt, daß gerade dieser Krieg, der so viele und verderbliche „Wahnideen im Völkerleben" gezeitigt hat, dazu beitragen wird, künftigen den Boden zu entziehen oder doch ihrer Verbreitung engere Grenzen zu setzen.

Hans Laehr.

Der Einfluß des Alkohols auf die Treffsicherheit beim Schießen. — Bei der am 23. September 1916 zu München abgehaltenen Jahresversammlung des Vereins abstinenter Ärzte des deutschen Sprachgebietes hielt Geheimrat Prof. Dr. *Kraepelin*-München einen Vortrag über „Schießversuche mit und ohne Alkohol". Folgendes war der wesentliche Inhalt seiner Ausführungen: Im Herbste 1908 wurden vom Bayrischen Kriegsministerium in großem Maßstabe und mit äußerster Sorgfalt Schießversuche durchgeführt, um die Frage nach dem Einflusse des Alkohols auf die Treffsicherheit zu lösen. Die Zahl der von 20 Schützen an 20 Versuchstagen abgegebenen Schüsse betrug über 30 000. Als Ergebnis stellte sich heraus, daß durchschnittlich eine Verschlechterung der Schießleistung um etwa 3% eintrat; die Wirkung war am deutlichsten 25—30 Minuten nach Einverleibung der verhältnismäßig geringen Alkoholgabe (40 g), die etwa einem Liter Bier entsprach. Nach der Mittagsmahlzeit war die



Wirkung verzögert und abgeschwächt. Im einzelnen zeigte sich, daß öfters im Anfange und bei zwei Schützen auch späterhin keine Abnahme, sondern eine, allerdings nicht erhebliche, Zunahme der Treffsicherheit eintrat, vielleicht wegen der Beseitigung der inneren Spannung beim Schießen durch den Alkohol. Andere Schützen boten nur geringfügige und wechselnde Beeinflussungen dar. Die überwiegende Mehrzahl aber schoß bedeutend schlechter, vielfach um 8, 9, 10 und selbst 12 %. Von besonderem Interesse ist es, daß diese Verschlechterung ihnen durchaus nicht zum Bewußtsein kam. Eine Reihe von Schützen glaubten sogar besser zu schießen als ohne Alkohol, während sie in Wirklichkeit eine Abnahme der Treffsicherheit bis zu 10 % erkennen ließen. Wenn derartige Erfahrungen schon bei körperlich und geistig völlig gesunden, ausgeruhten und gut genährten Schützen nach einer so kleinen Alkoholgabe gemacht werden konnten, so wird man erwarten dürfen, daß die Alkoholwirkungen unter ungünstigen Bedingungen, bei nervösen, überanstrengten, durch Schlafentziehung und mangelhafte Ernährung heruntergekommenen, gemütlich erregten Personen wahrscheinlich noch bedeutend stärker ausfallen werden. Die Schlußfolgerungen für die Verhältnisse des Krieges ergeben sich daraus von selbst. (Holitschers Korrespondenz.)

Personalnachrichten.

Dr. *Ernst Thoma*, Med.-Rat, bisher Oberarzt in Illenau, ist zum Direktor der Heilanstalt,

Dr. *Heinrich Ehlers*, Anstaltsarzt d. Landesanstalt Potsdam, und

Dr. *Adolf Schöngarth*, Anstaltsarzt d. Landesanstalt Sorau, sind zu Oberärzten,

Dr. *Karl Jaspers*, Priv.-Doz. in Heidelberg, ist zum ao. Professor,

Dr. *Otto Dörrenberg*, Kreisarzt in Soest, zum Geh. Medizinalrat,

Dr. *Karl Blümcke*, Oberarzt in Bethel b. Bielefeld,

Dr. *Matthias Bolte*, Oberarzt in Osnabrück,

Dr. *Heinrich Fuchs*, leit. Arzt d. städt. Anst. Lindenburg in Cöln,

Dr. *Gustav Sauermann*, Oberarzt in Merzig,

Dr. *Richard Schroeder*, Oberarzt in Grafenberg,

Dr. *Eduard Dingel*, Dir. in Saargemünd, und

Dr. *Emil Nawratzki*, leit. Arzt d. Privatanstalt Waldhaus in Nikolassee, sind zu Sanitätsräten ernannt worden.

Dr. *Hermann Adler*, Geh. San.-Rat, 2. Arzt in Schleswig, hat den Kronenorden 3. Kl.,

Dr. *Oskar Kluge*, San.-Rat, Dir. d. Prov.-Anstalt Potsdam, und

Dr. *August Metz*, Oberarzt in Neustadt i. H., das Eiserne Kreuz 1. Kl.,



Dr. *Moritz Weichelt*, San.-Rat, Dir. der Anstalt St. Thomas in Andernach, und

Dr. *Walter Levinstein*, San.-Rat, Leiter d. Privatanstalt Schöneberg, das Eiserne Kreuz 2. Kl.,

Dr. *Ernst Colla*, San.-Rat, Oberarzt in Bethel b. Bielefeld, die Rote Kreuz-Medaille 2. Kl.,

Dr. *Rob. Wollenberg*, Geh. Med.-Rat, Prof. in Straßburg,

Dr. *Karl Wilmanns*, Prof. in Heidelberg,

Dr. *Adolf Schmidt*, Geh. San.-Rat, Dir. d. Landesanstalt Sorau, und

Dr. *Walter Levinstein*, San.-Rat, Leiter d. Privatanstalt Schöneberg, die Rote Kreuz-Medaille 3. Kl.,

Dr. *Wilhelm Staiger*, San.-Rat, Leiter d. Abt. f. Geisteskranke in Hohen-Asperg, das Ritterkreuz 1. Kl. d. Württ. Friedrichordens mit Schwertern und

Dr. *Karl Zinn*, San.-Rat, Dir. d. Landesanstalt Eberswalde, d. Österr. Ehrenzeichen 2. Kl. mit Kriegsdekoration erhalten.

Dr. *Rud. Frotscher*, Oberarzt in Weilmünster, ist am 15. September 1916,

Dr. *Ludwig Bruns*, San.-Rat, Prof., Nervenarzt in Hannover, am 9. November im 59. Lebensjahre nach kurzer Krankheit,

Dr. *Leopold Oster*, Med.-Rat, Dir. d. Landesanstalt bei Konstanz, 64 Jahre alt, am 18. Januar 1917,

Dr. *Leo Nieszytka*, Anstaltsarzt in Tapiau, nach schwerem Leiden in der med. Klinik zu Königsberg, und

Dr. *Oswald Berkhan*, Geh. San.-Rat in Braunschweig, im 83. Lebensjahre am 20. Februar 1917 gestorben.



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BONHOEFFER UND **KREUSER**
BERLIN WINNENTAL

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

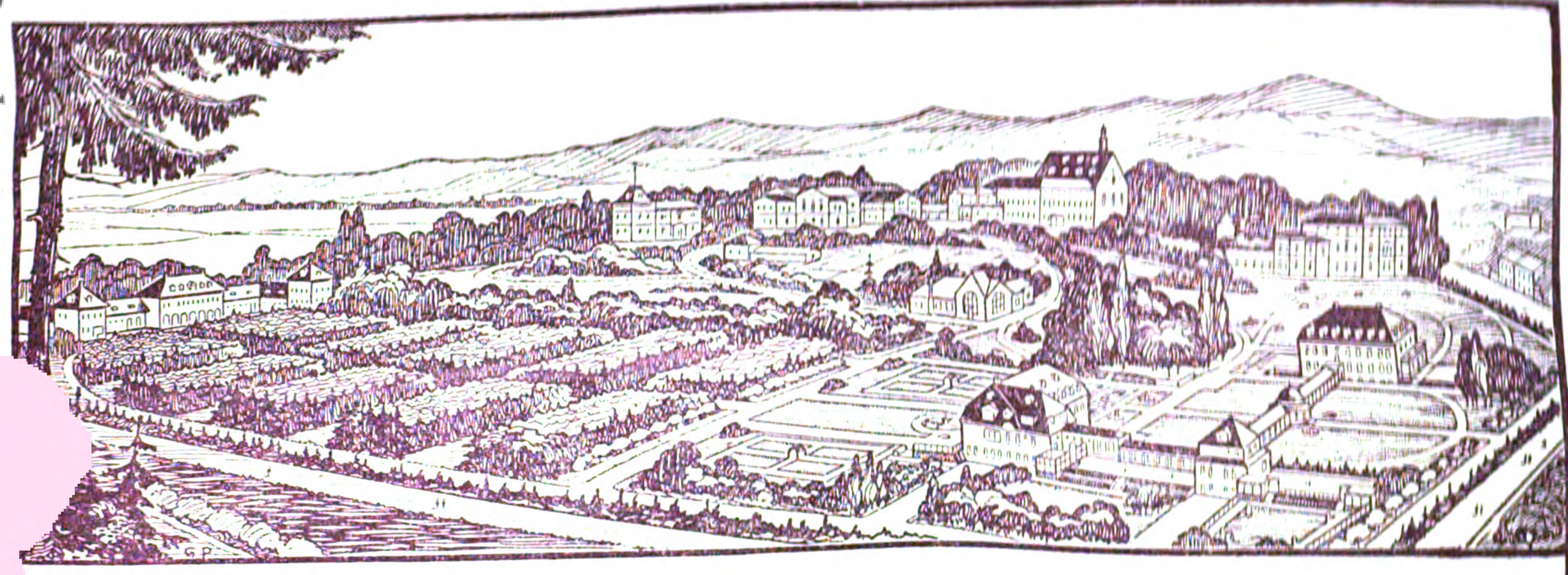
DREIUNDSIEBZIGSTER BAND
VIERTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 8. JUNI



BERLIN W. 10
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1917

Preis des Bandes von 8 Heften (6 Hefte Originalien und 2 Hefte Literaturbericht) 32 Mark.


Heilanstalt Pützchen gegenüber Bonn am Rhein
Privat-Heil- u. Pflegeanstalt für Nerven- u. Gemütskranke der gebildeten Stände. 3 Ärzte.
Telefon № 229 Amt Bonn ... Dr. A. Peipers, leitender Arzt und Besitzer

Zur Pathologie des Querulantenwahnes.

Von

Dr. **Hans Seelert,**

Assistenzarzt an der Psychiatrischen und Nervenklinik
der Kgl. Charité in Berlin (Direktor Geheimrat *Bonhöffer*).

In seinen Arbeiten über Paranoia hat *Specht*[1]) die Anschauung begründet, daß der Querulantenwahn eine besondere Erscheinungsform der Manie ist. Daß dieses für einen Teil der Psychosen mit dem Symptomenbilde des Querulantenwahnes zutrifft, ist nach den heutigen Erfahrungen nicht zweifelhaft. Der Nachweis der manischen Grundlage der Krankheit läßt sich bei der klinischen Beobachtung solcher Querulanten aus dem Symptomenbilde nachweisen oder wahrscheinlich machen, auf ein weiteres diagnostisches Kriterium muß die klinische Beobachtung jedoch fast immer verzichten. Daß ein Krankheitsbild mit den Erscheinungen des Querulantenwahnes restlos abheilt wie andere manisch-depressive Erkrankungen, ist selten, und noch seltener, als die Heilung eintreten dürfte, kommt sie zur klinischen Feststellung. Deshalb scheint mir unser Pat. L., bei dem die Psychose des Querulantenwahns bis zur Krankheitseinsicht und Korrektur der Wahnvorstellungen abgeheilt ist, besondere Beachtung zu verdienen. Das Abheilen der Psychose und die dadurch gegebene Möglichkeit, ihren ganzen Verlauf zu übersehen, erleichtert und sichert in diesem Falle die nosologische Beurteilung.

Es ist mehrfach erwähnt worden, daß Erkrankungen mit dem Symptomenbilde des Querulantenwahnes zur Besserung und Heilung

[1]) *Specht*, Über die klinische Kardinalfrage der Paranoia. Ztlbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1908.



kommen können (*Köppen*[1]), *Wernicke*[2]), *Thomsen*[3]), *Siemerling*[4]), unter den in der Literatur ausführlicher beschriebenen Fällen finde ich aber keinen, bei dem der Nachweis der Heilung der Psychose bis zur Krankheitseinsicht und Korrektur der pathologisch entstandenen Vorstellungen gebracht wird. In dem von *Straßmann*[5]) als rezidivierender Querulantenwahn beschriebenen Falle scheinen Exazerbationen bei einem chronisch manisch-paranoischen Menschen vorgelegen zu haben.

Mit der Feststellung des Querulantenwahns ist die klinische Diagnose nur symptomatologisch formuliert, es bleibt noch die pathologische Grundlage zu bestimmen, auf der sich das Symptomenbild aufgebaut hat. Das ist bei unserem Patienten L. wohl zweifelsfrei möglich gewesen. Schwieriger zu beurteilen ist in dieser Hinsicht der Patient K. Beide unterscheiden sich durch ihren äußeren Habitus voneinander, bei genauerer Analyse der pathologischen Erscheinungen zeigt sich aber, daß die Grundlage des pathologischen Zustandes bei ihnen keineswegs völlig verschieden ist. Bei K. kommen zu den pathologischen Erscheinungen, die beiden Kranken gemeinsam sind, noch Symptome hinzu, denen wir nach unseren heutigen Kenntnissen eine andere Pathogenese zuschreiben. Daraus ergibt sich, daß wir das Symptomenbild bei K. als ein kompliziertes auffassen müssen, das nicht aus einem einheitlichen, sondern einem gemischten pathologischen Boden erwachsen ist. Der Vergleich beider Fälle erleichtert wesentlich die nosologische Beurteilung der pathologischen Erscheinungen bei Pat. K.

Pat. L. wurde auf Gerichtsbeschluß nach § 81 StPO. in die Klinik eingewiesen, es wurde das folgende Gutachten über ihn abgegeben.

---

[1]) *Köppen*, Der Querulantenwahnsinn in nosologischer und forensischer Beziehung. Arch. f. Psych. 38, 1896.

[2]) *Wernicke*, Grundriß der Psychiatrie. 2. Aufl. Leipzig 1906. S. 146.

[3]) *Thomsen*, Diskussion zum Vortrag *Köppens*. Allg. Ztschr. f. Psych. 52, 1896, S. 850.

[4]) *Siemerling*, Diskussion zum Vortrag *Köppens*. Allg. Ztschr. f. Psych. 52, 1896, S. 852.

[5]) *Straßmann*, Über einen Fall von rezidivierendem Querulantenwahn. Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Med. 19, 1900, S. 26.



Berlin, den 5. April 1916.

Der Staatsanwaltschaft beim Königlichen Landgericht III Berlin erstatten wir in der Strafsache gegen den 62jährigen Bauunternehmer L. wegen Beleidigung das gewünschte Gutachten über den Geisteszustand des L. Das Gutachten erfolgt nach Untersuchung und Beobachtung des L. in der psychiatrischen und Nervenklinik der Königlichen Charité vom 28. 1. bis 6. 3. 1916 und nach Einsicht der Akten mit Beiakten. In der Anklageschrift vom 15. 6. 14 wird L. angeklagt, am 10. 12. 11 den Justizrat W. a) durch einen an dessen Sohn, den Oberleutnant W., gerichteten Brief vom 10. 12. 11 beleidigt zu haben, b) durch einen Brief in Beziehung auf den Justizrat W. nicht erweislich wahre Tatsachen behauptet oder verbreitet zu haben, welche ihn verdächtig zu machen oder in der öffentlichen Meinung herabzuwürdigen geeignet waren. Am 30. 6. 14 wurde das Hauptverfahren gegen L. eröffnet.

In dem der Anklage zugrunde liegenden 20 Seiten langen Briefe schrieb L. u. a.: „Ich erkläre es Ihnen hiermit und werde es nachstehend beweisen, daß Ihr Vater 2 Meineide geleistet und Frau Sch. um 18 000 M. betrogen hat. Ich habe lange Jahre gebraucht, um mir die Beweise zu verschaffen, sogar die Bücher der ehemaligen Akt.-Ges. habe ich in diesem Monat erhalten und werde den Beweis der Wahrheit für meine Behauptung antreten. Da Sie in der ganzen Angelegenheit Mitwisser sind, muß ich beim Korpskommandeur des 17. Armeekorps eine genaue Untersuchung unter Vernehmung des Herrn Majors Z. und noch mehrerer Zivilherren beantragen, falls Sie Ihren Vater nicht innerhalb 5 Tagen veranlassen, daß er dafür Sorge tragen will, daß er meine Bestrafung im Wiederaufnahmeverfahren rückgängig macht und dafür sorgt, daß der ehemalige Aufsichtsrat, sei es im Prozeßwege oder Vergleich, der Frau Sch. den Schaden ersetzt. ..... Ihr Vater bezeichnet sich damit als den größten Hochstapler und Schwindler der Welt und kann keinen Anspruch auf das Vertrauen eines Notars haben, denn Millionen fordern und Millionen vorspiegeln übertrifft alles bisher Dagewesene für einen Kgl. Notar. ..... Ihr Vater ist ein großer Schwindler, das werde ich ihm durch zehnfache Beweise nachweisen, er hat mich durch falsches Zeugnis ins Gefängnis gebracht, jetzt hat die Stunde der Abrechnung geschlagen, ich werde ihn wegen Meineid ins Zuchthaus bringen. ..... Ich habe jetzt durch jahrelange mühevolle Nachforschungen die Beweise zusammengebracht, habe auch die Cassabücher der Akt.-Ges. erhalten und werde den Beweis meiner Behauptungen erbringen, um meine Rehabilitation durchzuführen, falls Sie und Ihr Vater nicht einsehen, daß mir unrecht geschehen ist. ..... Dieses wäre meine Hauptbedingung, damit meine Ehre hergestellt wird. In zweiter Linie erst würde der Schadenersatz an Frau Sch. zu regeln sein." — L. kündigte dann in dem Briefe an, er werde eine Abschrift an den Korpskommandeur, den Justizminister, an die Staatsanwaltschaft und den Reichstag schicken.



Über seine Absicht, die er mit dem Schreiben dieses Briefes verfolgte, gab L. außer dem, was er schon in dem Briefe erwähnt, bei seiner Vernehmung durch den Untersuchungsrichter am 18. 7. 12 an, er habe in erster Linie damit erreichen wollen, daß Oberleutnant W. seinen Vater dazu veranlasse, seine Aussage in dem vorausgegangenen Strafprozeß gegen L. als Irrtum zu bezeichnen, damit ihm ein Wiederaufnahmeverfahren in diesem Strafprozeß ermöglicht würde. In einem Strafantrage gegen W. vom 20. 8. 12 schrieb L.: „In meiner Notwehr habe ich an den Sohn W.s den Brief vom 10. 12. 11 geschrieben, und in meiner Notwehr greife ich hiermit den Herrn Oberstaatsanwalt P. an, um zu erzielen, daß ich, falls der meineidige Betrüger W. weiter geschützt wird, wegen Meineid vor ein Geschworenengericht komme, um darzutun, wie unsere preußischen Richter und Staatsanwälte meineidige Betrüger schützen und unterstützen."

Aus den zahlreichen, bei den vielen Akten befindlichen Schreiben des L. sind für die ärztliche Begutachtung seine Beschuldigungen, Anklagen und Beschwerden außer gegen Justizrat W., gegen die Richter des Landgerichtes G., gegen den Staatsanwalt und Oberstaatsanwalt sowie gegen das frühere Aufsichtsratsmitglied der Gütereisenbahn G., Le. bemerkenswert.

Nach dem Strafregister ist L. zum ersten Male im Jahre 1907 bestraft wegen Untreue in zwei Fällen und wegen Unterschlagung; der Prozeß begann im Jahre 1906. Ein zweites Mal ist er bestraft wegen Beleidigung der Richter des Landgerichts G. Im Jahre 1904 begann ein Rechtsstreit der Wirtschafterin des L., Frau Martha Sch., gegen Justizrat W. beim Landgericht G., und 1905 ein weiterer Rechtsstreit der Frau Sch. gegen die Gütereisenbahn G. Auch diese beiden Akten enthalten viele Eingaben an das Gericht und Briefe des L., die von der Frau Sch. unterschrieben sind, die aber, wie sich aus der Art ihrer Abfassung und der ganzen Sachlage vermuten läßt, von L. verfaßt wurden, was er auf Befragen bei der ärztlichen Untersuchung bestätigte. In beiden Fällen wurde die Klage der Klägerin, im zweiten auch in der Berufungsinstanz abgewiesen.

Viermal hat L. gegen Justizrat W. Strafantrag bei der Staatsanwaltschaft gestellt. Die darauf von der Staatsanwaltschaft eingeleiteten Verfahren wegen Betrug, Meineid und Untreue wurden, wie die Akten zeigen, eingestellt. In der Begründung der Einstellung des Verfahrens ist erwähnt, daß L. trotz mehrfacher Aufforderung seit 14 Monaten nicht in der Lage gewesen ist, für seine Behauptung, W. habe sich noch weiterer strafbarer Handlungen schuldig gemacht, Tatsachen und Beweise anzugeben. Bei einem Strafantrag der Frau Sch. gegen W. wurde die Verfolgung abgelehnt. Zum 5. Male stellte L. Strafantrag gegen W 1912. Das Verfahren ist bis zur rechtskräftigen Erledigung der Sache, in der jetzt Begutachtung des L. erfolgt, vorläufig eingestellt worden. 1907 wandte sich L. mit einer Beschwerde und mit Gesuch um Bestrafung des Untersuchungsrichters und der Richter des Landgerichts G. wegen Verletzung ihrer Amtspflichten an



den Justizminister. Eröffnung des beantragten Verfahrens wurde abgelehnt mit der Begründung, daß weder die Eingabe des L. noch das gegen ihn geführte Strafverfahren den geringsten Anhalt dafür böten, daß die Beschuldigung gegen die Richter zutreffe.

Bei der ärztlichen Begutachtung des L. ist es erforderlich, zu beachten, daß er alle diese Gerichtsverfahren hintereinander anstrengte, nachdem er April 1904 aus der Aktiengesellschaft Gütereisenbahn G. ausgeschieden war. Von der Zeit der Gründung der Aktiengesellschaft im Jahre 1900 hat er sie bis 1904 als Vorstand verwaltet; Justizrat W. war Vorsitzender des Aufsichtsrats und blieb auch nach dem Austritt L.s weiter in der Aktiengesellschaft.

1902 wandten sich W. und L. an den Regierungspräsidenten in M. mit der Bitte um Genehmigung zum Bau einer Kleinbahn von G. nach R. Im Jahre 1903 und Anfang 1904 wurden weitere Vorarbeiten zum Bau der projektierten Bahn gemacht. In der Urteilsbegründung, die L. in beglaubigter Abschrift vorlegte, ist erwähnt, daß die Aktiengesellschaft während der Verwaltungszeit des L. in Vermögensverfall geriet, so daß, als L. seine Stellung aufgab, der Konkurs der Gesellschaft drohte. 1903 leistete L., wie auch in dem Urteil erwähnt ist, den Offenbarungseid.

Aus den Akten ist also zu ersehen, daß die persönlichen pekuniären Schwierigkeiten des L., sein Austritt aus der Aktiengesellschaft und damit das Scheitern seines Planes der Erweiterung der Aktiengesellschaft und Baues der Bahn von G. nach R., für den er länger als ein Jahr gearbeitet und geworben hatte, den von ihm angestrengten Prozessen vorausgegangen waren. In diese Zeit, in der er einen Prozeß nach dem andern anstrengte, aber noch vor Abfassung des jetzt der Anklage zugrunde liegenden Briefes fällt seine Verurteilung wegen Untreue in zwei Fällen und Unterschlagung (1907) und wegen Beleidigung (1910). 1907 war ein Verfahren wegen Beleidigung des Justizrates W. gegen ihn eingeleitet worden, das 1909 eingestellt wurde, nachdem W. seinen Strafantrag zurückgezogen hatte.

Über den Grund seines Austrittes aus der Aktiengesesllchaft schrieb L. in seinem Strafantrag gegen Justizrat W. vom 7. 2. 06: „Da am 24. Febrdar 1902 bei der Generalversammlung der Aktiengesellschaft Gütereisenbahn G. mein Antrag auf Erhöhung des Aktienkapitals abgelehnt worden war, und statt dessen neue Wechselschuld in Höhe von 25 000 M. beschlossen wurde, kündigte ich meine Stellung mit der Begründung, daß ich nicht länger eine Gesellschaft vertreten will, die mit so hohen Wechselschulden arbeitet, auch halte ich demzufolge das Kapital der Frau Sch., welches doch nur auf mein Betreiben gegeben worden ist, für gefährdet." Der Grund, der ihn veranlaßte, so viele Prozesse anzustrengen, läßt sich aus einzelnen Stellen seiner bei den Akten befindlichen Schreiben entnehmen. In einem Brief an W. vom 2. 7. 07, von dem sich eine Abschrift bei den Akten befindet, schrieb er: „Sie können versichert sein, daß ich,



solange ich lebe, nicht früher ruhen werde, bis mir mein Recht ordnungsmäßig wird."

In einer an das Oberlandesgericht in M. gerichteten Beschwerdeschrift vom 16. 3. 09 schrieb er: „Ferner bin ich durch fortwährende Krankheit und Altersschwäche (55 Jahre) sowie durch ungerechte Bestrafung (das Wiederaufnahmeverfahren ist vom Oberlandesgericht M. angeordnet) in meiner Vermögenslage derart geschwächt, daß ich die Reisekosten und damit verbundenen Logis- und Unterhaltungskosten nicht besitze." Am 25. 10. 09 schrieb er an die Strafkammer: „Ich bin 55 Jahre alt, nicht bestraft und nur durch W.s Intriguen als schlechter Mensch verleumdet und bestraft worden, meine Lebensaufgabe soll es sein, meine Ehre zu retten, und beantrage ich deshalb, falls W. keinen Meineid geleistet, gegen mich wegen Meineid vorzugehen, indem ich das Gegenteil beschworen." Immer wieder behauptete L. in seinen Schreiben an die Gerichte, daß er durch W.s Handlungsweise geschädigt sei. In seinem Strafantrag gegen den Kaufmann L. vom 12. 8. 07 schrieb er: „Ich bemerke noch, daß der Herr Justizrat W. zu der ganzen Sache der Anstifter ist, und ich werde auch gegen W. später Anzeige erstatten." Bei diesen Akten findet sich in einem Schreiben des L. an den Untersuchungsrichter vom 28. 11. 07 folgender Satz: „Ich habe die positive Überzeugung, daß Le. dem W. zur Gefälligkeit den Meineid geleistet hat"; ferner: „Es ist richtig, daß ich zu 4 Monaten und 500 M. Geldstrafe wegen Untreue bestraft bin, aber nur infolge der von L. und W. geleisteten Meineide." Mit Bezug auf W. schrieb er in seinem Strafantrag gegen ihn 1909: „Ich habe ihm gefolgt, damit er nicht ruiniert wurde, jedoch hat er die anderen Gläubiger bei der Sanierung befriedigt, nur nicht die Frau Sch., wahrscheinlich aus Rache gegen mich, obwohl ich mir keiner Schuld bewußt."

In Zusammenhang mit seiner Behauptung, durch die Handlungsweise des Justizrates W. geschädigt zu sein, stehen seine vielfach erhobenen Anschuldigungen gegen Richter und Staatsanwalt. Am 19. 4. 06 schrieb er an die Staatsanwaltschaft in G.: „Gleichzeitig werde ich mich Beschwerde führend an das Königliche Justizministerium wenden, mit der Bitte, mir ein anderes Gericht zu bestellen, da ich den Eindruck habe, daß dort Befangenheit herrscht, indem W. ca. 20 Jahre dort als Anwalt tätig war und freundschaftlichen Verkehr mit sämtlichen Richtern gepflogen hat." An den Landgerichtspräsidenten in G. schrieb er am 11. 6. 08: „Ich werde der Staatsanwaltschaft, dem Untersuchungsrichter und den Strafkammerrichtern nachweisen, daß sie ihre Verpflichtungen auf das gröblichste verletzt haben, indem meine Gegenbeweise unterdrückt wurden, ich werde nachweisen, daß sie den beabsichtigten Betrug des Justizrates W. unterstützt haben, denn kein gesunder Menschenverstand kann die Verträge vom 20. Oktober 1903 für sofort als gültig erklären." Bei seiner Vernehmung durch den Richter am 1. 7. 08 beschuldigte er die Richter der Rechtsbeugung gegen ihn, indem er erklärte, mit seinen Vorwürfen



berechtigte Interessen wahrzunehmen. In seiner Beschwerdeschrift mit dem Gesuch um Bestrafung der Richter des Landgerichts G. vom 18. 11. 07 an den Justizminister schrieb L.: „Da W. länger als 20 Jahre bei dem Landgericht G. als Rechtsanwalt und Notar gewirkt hat, war er naturgemäß mit sämtlichen Richtern und Staatsanwälten eng befreundet, und die Strafanzeige gegen mich wurde eifrig aufgenommen, dagegen der Zivilprozeß der Witwe Frau Sch. bis nach Ausgang meines Strafprozesses vertagt, obwohl Frau Sch. zu den Akten des Zivilprozesses reichliche Gegenbeweise einreichte und Zeugen namhaft machte. ..... Das Verschwinden dieses Vertrages und das Wort „versehentlich" im Urteil lassen erkennen, daß die Richter bestrebt waren, die wahre Tatsache zu verschleiern, um dem Kollegen W. nützen zu können. W. ist der Denunziant, hat überhaupt die Denunziation erst eingereicht, als ich schon 1¼ Jahr von der Gesellschaft weg war, und als er sah, daß er die schwebenden Prozesse, die vorn bezeichnet, verlieren werde. W.s Zweck war, sich als Zeuge verwerten zu lassen und in dem Zivilprozeß Geltung zu erlangen. Diese Manipulation haben die Richter zugunsten des W. nicht allein geduldet, sondern die Unehrlichkeit des W. sogar gefördert. ..... Dies ist ein klarer Beweis, daß die Richter vorsätzlich die Wahrheit niedergedrückt und zugunsten des Kollegen W. gewirkt haben. ..... Es ist möglich, daß Richter sich in einzelnen Fällen einmal, auch zweimal, auch dreimal irren können. Hierbei ist aber das Ganze von Anfang bis zu Ende eine fortgesetzte Handlung."

Auch gegen den Oberstaatsanwalt erhob L. Anschuldigungen. In seinem Strafantrag gegen W. vom 20. 8. 12 schrieb er: „Wenn der Bescheid des Herrn Oberstaatsanwaltes P. vom 18. 4. 10 richtig wäre, dann ist es nicht zu verstehen, warum ich nicht wegen Meineid zur Verantwortung gezogen worden bin, und daraus schließe ich, daß der Oberstaatsanwalt P. die Klarlegung der Sache nicht haben will, um den Kollegen Justizrat W. vor Überführung des Betruges und Meineides zu schützen"; und weiter: „Vergleicht man meine angebotenen Beweise, dann muß jeder Mensch erkennen, daß diese beiden Behauptungen zur Unmöglichkeit gehörten, während preußische Richter und Staatsanwälte darüber nicht nachdenken, oder richtiger, darüber nicht nachdenken wollen, um zur Schande der preußischen Justiz den meineidigen Betrüger zu schützen. Diese Pflichtverletzung, besonders der Bescheid des Herrn Oberstaatsanwaltes P., haben mich in meiner Notwehr dahin getrieben, daß ich am 10. Dezember v. J. an den Sohn des Betrügers — Oberleutnant W. — einen Brief schrieb, worin ich einen zweifachen Meineid und den Betrug seines Vaters klarlegte, mit der Aufforderung, entweder die Sache auszugleichen oder der Staatsanwaltschaft zu übergeben." Weiter: „Die Widerlegung des Herrn Oberstaatsanwaltes P. vom 18. 4. 10 geht unter Berücksichtigung der von mir eingereichten Beweise gegen die gute Sitte, gegen Treue und Glauben, gegen den gesunden Menschenverstand, und läßt klar erkennen, daß Meineid

und Betrug direkt durch die Staatsanwaltschaft geschützt wird, wenn der meineidige Betrüger Justizrat und Kollege ist". Ferner: „Der Bescheid des Herrn Oberstaatsanwaltes P. zu 2 vom 18. 4. 10 ergibt klar, daß er die Wahrheit nicht will, und den Blödsinn des meineidigen Betrügers W. wiedergibt."

In einem Schreiben des L. an den Ersten Staatsanwalt beim Landgericht I Berlin vom 14. 5. 13 findet sich folgender Satz: „Jeder Schweinhund spuckt derartigen Menschen ins Gesicht, nur der Herr Staatsanwalt schützt den meineidigen Betrüger."

In einer Beschwerdeschrift des L. an den Justizminister vom 3. 10. 12, von der eine Abschrift bei den Akten liegt, geht hervor, daß er sich darin zum vierten Male, Beschwerde führend über die Richter, an den Justizminister wandte; er schrieb darin: „Da aber Euer Exzellenz die Eingaben behufs Erledigung an die persönlich interessierten Vorgesetzten der Rechtsbrecher abgegeben, ist es natürlich, daß die Rechtsbeugung nicht erblickt, unterdrückt, mit leeren Phrasen zurückgewiesen wurde. ..... Ich klage die Richter nicht allein wegen Rechtsbeugung, sondern auch wegen Verleitung zum Meineid an, denn es ist eine Schande für die preußische Justiz, daß Richter den Betrüger unterstützen, wenn er Kollege ist. ..... Ich beantrage gegen die bezeichneten Richter, die nicht wie Richter, sondern schlimmer als jeder Verbrecher, vorzugehen oder mich zur Verantwortung zu ziehen, denn gern will ich den Sumpf in der preußischen Justiz aufdecken."

Als L. 1912 auf Anordnung des Untersuchungsrichters auf seinen Geisteszustand untersucht werden sollte, weigerte er sich, sich untersuchen zu lassen. Am 1. 9. 12 schrieb er an die Staatsanwaltschaft: „Ich habe dem Medizinalrat St. erklärt, daß ich mich nicht untersuchen lasse, es ihm aber anheimgegeben, denjenigen, der meine Untersuchung angeordnet, selbst auf seinen Geisteszustand zu untersuchen, denn meine Beweise ergeben, daß W. ein meineidiger Betrüger ist, und wenn der betreffende Untersuchungsrichter oder Staatsanwalt das nicht aus den von mir eingereichten Beweisurkunden erkennt oder rechtbeugend nicht erkennen will, dann werde ich den betreffenden Herrn zur Verantwortung ziehen." Am 1. 12. 12 schrieb L. an den Untersuchungsrichter, daß er über die Sendung des Medizinalrates St. in seine Wohnung, die er als widerrechtlich bezeichnete, Beschwerde bei einem deutschen Reichstagsabgeordneten geführt habe, daß er hoffe, daß der Reichstag ihm Hilfe bringen und prüfen werde, ob § 346 StGB. verletzt ist. Ein Satz in dem Schreiben lautet: „Ich erblicke in dem vorbezeichneten Versuch, mich als geisteskrank pressen zu wollen, und der Nichtprüfung meiner Beweisurkunden und Zeugenbeweise den Beweis gemäß § 346 StGB. als erbracht, den Justizrat W. der gesetzlichen Strafe entziehen zu wollen, denn die Handlung, mich als geisteskrank hinstellen zu wollen, ist ein klarer Beweis, indem meine bisherigen Eingaben

mit zehnfachen Beweisurkunden und Zeugenbeweisen belegt sind, demnach mein Geisteszustand nicht in Betracht kommen kann.“

Am 16. 12. 12 wurde er vor Gericht dem Medizinalrat St. vorgeführt, er weigerte sich jedoch, sich körperlich untersuchen zu lassen, und lehnte es ab, auf Fragen des Sachverständigen zu antworten. Nach dieser Vorführung zur ärztlichen Untersuchung reichte L. am 10. 2. 13 Strafantrag beim Oberstaatsanwalt ein, mit der Begründung, daß er darin eine Freiheitsberaubung erblicke. Das Verfahren ist nach den Akten nicht erledigt.

Medizinalrat St. hat mehrmals auf richterliche Anordnung den Versuch gemacht, den L. in seiner Wohnung zu untersuchen; er berichtete darüber am 2. 12. 12: L. lehnte es ab, sich körperlich untersuchen zu lassen, erklärte, er sei körperlich und geistig gesund, er geriet bei seinen Ausführungen in Wut, so daß er hochrot wurde und überhastig sprach. — Dr. St. hatte L. schon vor Jahren untersucht und dabei festgestellt, daß er an Gicht und an Arteriosklerose litt. Damals hatte L., als Dr. St. ihn aufsuchte, eine Menge von augenscheinlich eben angefertigten umfangreichen Schriftstücken ausgebreitet. Schon damals vermutete Dr. St., daß es sich bei L. um einen Querulanten handle; in dieser Vermutung wurde er 1912 durch seine Wahrnehmungen bestärkt.

Bei den Akten findet sich eine ärztliche Äußerung, daß L. an Gicht leide. Am 17. 11. 13 schrieb L. an den Untersuchungsrichter, er habe einen weiteren Beweis erhalten, daß der frühere Buchhalter der Aktiengesellschaft P. Buchfälschungen im Auftrage von W. gemacht habe.

Einzelne Schreiben des L. zeigen, daß er in schweren Zorn und Erregung gegen Justizrat W. geriet; in einem Briefe an ihn vom 19. 9. 13 schrieb er: „Ich werde Ihre Meineide und Betrug in größerer Massenschrift in Ihrer Umgebung verbreiten, auch erklären, daß Sie mit Hinterlist die Anklage und Aufklärung hintertreiben, außerdem werde ich Gelegenheit suchen, Sie auf offener Straße zu treffen und Ihrer Würde entsprechend züchtigen!!! Jahrelang habe ich schriftlich keinen Erfolg erzielt, nun werde ich mit Taten beginnen. Meine bisherige Ausdauer bürgt, daß ich Wort halte, auch wenn die Taten mir oder Ihnen das Leben kosten. Ich erwarte, daß Sie auch diese Schreiben der Kgl. Staatsanwaltschaft übergeben oder eine Einigung mit ihr anbahnen.“ — Ein Schreiben an die Strafkammer vom 24. 8. 14 schloß er mit den Worten: „Ich werde dadurch gezwungen, Selbstjustiz an dem Verbrecher zu begehen, um dadurch schnellere Aufklärung zu schaffen.“ Ähnlich schrieb er am 3. 5. 15: „Diese Verschleppung zwingt mich zu strafbaren Handlungen, eventuell zur Selbstjustiz gegen W. auf offener Straße, seiner Würde entsprechend.“

Zu beachten ist noch, daß L. die gegen die Richter des Landgerichts G. in seinem Strafantrag vom 11. 6. 08 erhobenen Beschuldigungen der Rechtsbeugung, der absichtlichen Unterdrückung der Wahrheit zugunsten ihres Kollegen Justizrat W. und zu seinen Ungunsten während seiner Haft im Strafgefängnis T. 1910 einschränkte. Auch vorher hatte er schon erklärt,

daß er nur berechtigte Interessen wahrnehmen wolle, und jede Beleidigung der Richter ihm fernliege. Während der Haft korrigierte er, wie er in seinem Schreiben ausführte, seine früheren Urteile dahin, daß es sich um eine Rechtsverkennung der Richter gehandelt habe, die er für Rechtsbeugung hielt, in seiner damaligen Erregtheit habe er alle Fehler in dem Ausdruck Rechtsbeugung zusammengefaßt. Er glaube jetzt, daß ein falsches Urteil gegen ihn aus Irrtum gefällt worden sei, und daß nicht genügend Beweise erhoben worden seien.

Bei den Akten findet sich eine Druckschrift, mit der L. für einen von ihm erfundenen elastischen Hufbeschlag wirbt.

Während seiner letzten Strafhaft bat L. in einem Schreiben an das Gericht vom 1. 9. 15, die Untersuchung seines Geisteszustandes gemäß § 81 StPO. anzuordnen, er erwähnte, daß er während seiner Strafhaft 1909/10 Schwindelanfälle gehabt habe, bei denen er bewußtlos hingestürzt sei, und erklärte, daß er selbst die Überzeugung gewonnen habe, die Vermutung, daß er an Geisteskrankheit leide, sei berechtigt gewesen. Auf Antrag von Dr. St. wurde am 22. 11. 15 die Beobachtung des L. nach § 81 StPO. beschlossen.

Bei der Untersuchung in der Klinik gab L. an, er habe den Brief an den Sohn des Justizrat W. geschrieben, „um Aufklärung zu schaffen". Er habe erwartet, daß W. daraufhin einen Beleidigungsprozeß gegen ihn anstrengen werde; in diesem wollte er geltend machen, daß er den Brief in Wahrung berechtigter Interessen geschrieben habe und daher nicht bestraft werden könne. Er habe erwartet, daß dann der Untersuchungsrichter die Untersuchung und Begutachtung der Bücher der Aktiengesellschaft anordnen werde, und daß bei dieser Untersuchung seine Unschuld herauskommen und erwiesen werden würde, daß er unschuldig wegen Untreue verurteilt worden sei. Er habe, als er den Brief schrieb, erwartet, daß er auf diese Weise eine Handhabe zu erfolgreichem Wiederaufnahmeverfahren in der Sache und zu einer Rehabilitation bekommen werde. Er habe den Brief geschrieben, als er Einblick in die Bücher der Aktiengesellschaft bekommen und in ihnen seiner Ansicht nach falsche Eintragungen entdeckt hatte. Wenn er selbst die Untersuchung der Bücher veranlaßt und dem Gericht ein Privatgutachten eingereicht hätte, so wäre dies wahrscheinlich nicht ausreichend zur Beweisführung gewesen, und ohne ausreichendes Gutachten hätte er ein Wiederaufnahmeverfahren nicht erreicht. In der Notwehr und in der Annahme, unter dem Schutz des § 193 StGB. zu handeln, habe er den der Anklage zugrunde liegenden Brief geschrieben. Immer wieder erklärte er bei der Untersuchung, daß er nur eine Anklage erreichen wollte, weil er glaubte, damit beweisen zu können, daß die von W. geleisteten Eide falsch waren, und daß er unschuldig verurteilt sei.

Damals, als er den Brief schrieb, sei er überzeugt gewesen, daß die Eide des W. Meineide waren. Jetzt, nachdem er eine Abschrift von dem



Gutachten des Bücherrevisors R. vom 6. 5. 14 erhalten habe, sei er nur überzeugt, daß die Eide des W. falsch waren. Daß er durch falsches Zeugnis des W. ins Gefängnis gebracht worden sei, das sei jetzt durch das Gutachten erwiesen; ob es mit Absicht des W. geschehen sei, das wisse er nicht. Daran halte er auch jetzt noch fest, daß W. nicht recht gehandelt hat, er könne ihn aber jetzt nicht mehr als Schwindler bezeichnen, da er aus dem Büchergutachten ersehen habe, daß W. das Geld bei der Aktiengesellschaft gelassen hat. Ebenso korrigierte L. jetzt bei der Untersuchung seine Anschuldigungen gegen Richter und Staatsanwalt. Auch heute sei er der Ansicht, daß die Richter ihn nicht hätten verurteilen können, wenn sie die Fälle näher geprüft hätten; früher, in der Zeit, als er den Brief schrieb, sei er der Überzeugung gewesen, daß die Richter wissentlich falsch über ihn geurteilt haben, heute habe er nur den Glauben, daß sie leichtfertig geurteilt haben, das Gericht habe dem W. es leicht gemacht, daß er die Eide leisten konnte. Seine Behauptung, daß der Oberstaatsanwalt leichtfertig oder absichtlich, vielleicht aus kollegialen Rücksichten, seine weiteren Beweise unterdrückt habe, halte er heute, wo er wisse, daß die Sache etwas anders liege, als er damals glaubte, nicht mehr aufrecht.

Seine damaligen Maßnahmen, die wiederholten Beschwerden an den Justizminister, sein Gesuch an den Reichstag halte er auch heute für berechtigt und seiner damaligen Situation entsprechend, er sei das seinen Kindern und sich selbst schuldig gewesen; auch die Form seiner Beschwerde an den Justizminister sei seiner damaligen Situation durchaus entsprechend gewesen, er habe sich nicht anders helfen können. Heute sehe er aber ein, daß er „ein zu scharfes Urteil" gehabt habe, er habe damals die Sache nicht so genau überlegt.

Die Form des jetzt der Anklage zugrunde liegenden Briefes vom 10. 12. 11 an den Sohn des W. sei dadurch entstanden, daß er damals in einer schweren Erregung war, in der Erregung sei er in der Form unzweifelhaft zu weit gegangen. Wenn er damals gewußt hätte, wie die Sache liegt, was er durch das Gutachten des Bürgerrevisors R. jetzt erfahren habe, so würde er den Brief nicht geschrieben haben, heute tue es ihm leid, daß er ihn schrieb.

Er sei der Ansicht, daß er damals, als er den Brief schrieb, krankhaft erregt war. Er sei damals sehr empfindlich, sehr reizbar gewesen; wenn er vom Gericht einen Brief, eine Zustellung bekam, habe er vor Aufregung gezittert; er sei verärgert gewesen, daß er als alter, bisher nicht bestrafter Mann ins Gefängnis gekommen war. Er habe damals viele schlaflose Nächte gehabt, manche Nacht darüber nachgedacht, wo das Geld geblieben sein könne. Er habe gewußt, daß er es nicht genommen hatte, aber nicht gewußt, wie es möglich sei, daß die Posten in den Kassenbüchern standen. Er habe durchaus Aufklärung schaffen wollen; er habe sich allein in sein Zimmer eingeschlossen und darüber nachgedacht; er habe in der Zeit viel geschrieben, mehr als es manchmal nötig war. Für alles andere sei er inter-



esselos gewesen, sei still, einsilbig gewesen im Verkehr mit Menschen. Er habe in dieser Zeit keine Arbeit ausführen können, bei allem sei ihm der Gedanke an die Prozeßangelegenheit gekommen, immer habe er darüber nachgedacht, wie er den Nachweis seiner Unschuld führen könne. Er habe damals nicht so denken können wie früher und wie jetzt. Als er in dieser Zeit sein ihm verloren gegangenes Modell der von ihm erfundenen Eisenbahnkuppelung wiederherstellen wollte, habe er es nicht fertig gebracht; seine Gedanken seien immer durch die Gerichtssache abgelenkt gewesen. Er habe an Kopfschmerzen und anfallweisem Schwindelgefühl gelitten.

Mit Intensitätsschwankungen habe dieser Zustand von 1904 bis 1914 bestanden, er habe angefangen, als sich die Schwierigkeiten in der Aktiengesellschaft einstellten, Schwierigkeiten, die ihn persönlich in pekuniärer Hinsicht trafen. Nach seiner Verurteilung 1907 sei sein Gesundheitszustand dann noch schlechter geworden, er sei noch erregter geworden, als er vorher schon war. Als er dann in den Büchern falsche Eintragungen gefunden habe von einer Handschrift, die er nicht kannte, da sei er erst recht aufgebracht, aufgeregt gewesen. Unmittelbar vorausgegangen sei diesem krankhaften Zustand ein Unfall, den er am 17. 2. 04 auf dem Bahnhof in G. gehabt habe, er sei damals gefallen und mit dem Hinterkopf aufgeschlagen, wochenlang habe er danach Kopfschmerzen gehabt; nach dem Unfall habe sich eine Schwellung erst des linken, dann auch des rechten Fußgelenkes und auch der Zehengelenke eingestellt; diese Erscheinungen seien vom Arzt als Gicht erklärt worden. Sein Körpergewicht habe in der Zeit von 1904 bis 1914 um 10 kg abgenommen. 1910 habe er sich schon halb mit dem Urteil abgefunden gehabt, dann aber die Bücher der Aktiengesellschaft in die Hand bekommen und die falschen Eintragungen gefunden, wodurch er wieder aufgebracht und erregt wurde. Er habe in den 10 Jahren keine verdienstbringende Tätigkeit gehabt.

1914 sei dann sein Zustand wieder anders geworden. Er sei wieder ein ganz anderer Mensch geworden, heiterer und geselliger, sein Denken sei wieder ein anderes geworden, er habe nicht mehr immerfort nur den einen Gedanken an seine Verurteilung im Kopf gehabt, habe auch wieder an anderes denken können; als er dann wieder seine Arbeit für das Patent der Eisenbahnkuppelung aufnahm, habe er sich wieder damit zurechtgefunden, „wie neugeboren, noch einmal jung" sei er 1914 geworden. Diese Änderung seines Krankheitszustandes sei eingetreten, als er im Mai 1914 das Gutachten des Bücherrevisors R. erhalten und aus den Büchern die Bilanz der Aktiengesellschaft für 1903/04 aufgestellt hatte. Als er dieses beides hatte, habe er nicht weiter darüber nachdenken brauchen, wie er seine Unschuld beweisen könne; dem Gedanken, der ihn jahrelang beschäftigt hatte, habe er nun nicht mehr nachgehen brauchen. Seine Beruhigung sei mit dem Bewußtsein gekommen, daß er jetzt Beweise in den Händen habe, mit denen er sicher seine Unschuld beweisen könne.

Über sein Vorleben gab L. an, daß er von Jugend an ein heiteres





Grundtemperament habe, gern in Gesellschaft und ein guter Unterhalter gewesen sei. Er habe viel geschafft im Leben, Unternehmungslust in geschäftlichen Dingen gehabt. Er habe 25 Jahre für die Eisenbahndirektion Th., B. und D. gearbeitet, Arbeiten beim Bau von Eisenbahnen übernommen; er habe viel Geld verdient, mitunter auch etwas verloren; zeitweise habe er 600 Leute beschäftigt. In den 25 Jahren, die er als Bauunternehmer tätig war, habe er nur 4 oder 5 Zivilprozesse gehabt, und auch diese nur um geringfügige Sachen. Zu den vielen Prozessen sei er erst gekommen, als sich die Schwierigkeiten in der Aktiengesellschaft eingestellt hatten und er als Vorstand ausgetreten war. Außer den Prozessen, die in Beziehung zu seiner Tätigkeit in der Aktiengesellschaft standen, habe er noch 1904/05 und 1910 einen Prozeß mit seinem Stiefvater gehabt, sonst habe er früher nie Streit oder Zank gehabt, auch nicht mit seinen Mietern und Hausbewohnern.

1884 habe er Flecktyphus gehabt, er sei damals 21 Tage lang bewußtlos gewesen und vom Kreisarzt in G. behandelt worden. Einen gleichen oder ähnlichen Zustand wie in den Jahren 1904—14 habe er vorher nicht gehabt, niemals habe er an irgendwelchen Verstimmungen gelitten.

Von der Wirtschafterin des L., Frau Sch., mit der L. seit 20 Jahren zusammen lebt, wurde uns angegeben, daß L. ein fleißiger, strebsamer, lebhafter Mensch sei; er sei immer Optimist, er habe sich mehrere Erfindungen patentieren lassen, eine Eisenbahnkuppelung, einen Hufbeschlag und eine Befestigungsvorrichtung für Frühstücksbeutel; seitdem 1905 die Prozesse angefangen hatten, beschäftigte er sich dauernd mit diesen. Ein Sohn aus zweiter Ehe des L., Artur L., gab an, sein Vater sei in früheren Jahren ein verträglicher, nie reizbarer Mensch gewesen. Als er den Plan der Vergrößerung der Gütereisenbahn G. aufnahm, habe er mit großem Eifer dafür gearbeitet, er sei viel auf die Dörfer der Umgegend gefahren, habe dort Versammlungen beigewohnt; täglich habe er viel von dem Vergrößerungsplan gesprochen und habe damals wohl die Verwaltung der Aktiengesellschaft vernachlässigt. Juli 1904 habe er in Berlin ein Kohlengeschäft eingerichtet, dessen Verwaltung er ganz dem damals 17 jährigen Sohn überlassen habe; er selbst habe kein Interesse dafür gehabt, habe sich dauernd mit seinen Prozeßangelegenheiten beschäftigt; die Folge sei gewesen, daß das Geschäft in Konkurs kam. Er habe damals sehr viel geschrieben, vielfach die Schriftstücke zerrissen und wieder neue geschrieben. Auf Einwendungen und Warnungen gegen den Inhalt seiner Schriften sei er abweisend und unzugänglich gewesen, habe erklärt, es sei seine Sache. Im Gegensatze zu früher habe er sich damals nicht mehr um die Erziehung seiner Kinder gekümmert, er sei reizbar, manchmal grob zu den Angehörigen gewesen, habe viel geschimpft, habe nachts nicht geschlafen, sei erst gegen Morgen eingeschlafen. Er habe in der Zeit viel davon gesprochen, daß er sein Geld aus der Aktiengesellschaft wieder-



bekommen müsse, habe Pläne darüber gemacht, was er mit dem Gelde anfangen werde; er habe schon die Zinsen von dem Gelde ausgerechnet, habe ausgerechnet, wieviel Geld er jedem Kinde geben werde. Vor jedem Gerichtstermin sei er hoffnungsfreudig gewesen, nachher habe er geschimpft, daß die Richter auf seiten des Justizrats W. ständen. Er habe sich in den ganzen Jahren nicht darum bemüht, verdienstbringende Tätigkeit zu finden. 1914, vor Beginn des Krieges, fiel dem Sohn gelegentlich eines Besuches beim Vater auf, daß dieser wieder anders war, daß er wieder Interesse für die Familie hatte, nicht mehr so viel schrieb.

Die körperliche Untersuchung des L. ergab folgenden Befund: L. ist mittelgroß, mittelkräftig, er befindet sich in reduziertem Ernährungszustand. Sein Körpergewicht betrug am 29. 1. 16 65 kg, am 26. 2. 16 67,5 kg. Für sein Alter von 62 Jahren sieht L. recht rüstig aus; er ist stark kurzsichtig. An Brust- und Bauchorganen fanden sich keine krankhaften Veränderungen; an den fühlbaren Arterien waren arteriosklerotische Veränderungen nicht zu erkennen. Der Harn war frei von Eiweiß und Zucker. Die Pupillen sind gleichweit, sie reagieren gut auf Licht und Einstellung der Augen für die Nähe. Die Bewegung der Augen, der Gesichtsmuskeln und der Zunge sind nicht gestört; es besteht eine Konvergenzschwäche der Augen, wahrscheinlich bedingt durch die Kurzsichtigkeit. Die Bauchdecken- und Hodenreflexe, die Kniesehnen- und Achillesreflexe sowie die Zehenreflexe verhalten sich normal. Bewegungsstörungen bestehen nicht. Die Schmerzempfindung ist normal.

Während der Beobachtung in der Klinik zeigte L. ein der Situation entsprechendes Verhalten, nichts, das auf krankhafte Störungen auf psychischem Gebiet hinwies. Auf die Untersuchung ging er stets bereitwillig ein und gab ausführlich auf alle Fragen Auskunft. Ausführlich berichtete er in sachlicher Art über seine Prozeßangelegenheiten; dabei zeigte sich immer wieder, daß jetzt im Vordergrunde seines Denkens „die Beweise" stehen, die er jetzt in dem Büchergutachten und in der von ihm aufgestellten Bilanz von 1903/04 zu haben glaubt. Er ist fest davon überzeugt, daß er mit diesen das Wiederaufnahmeverfahren durchsetzen und nachweisen werde, daß er unschuldig verurteilt worden ist; alle Einwendungen und andere Möglichkeiten lehnte er ab. Bei Schilderung seiner Prozeßangelegenheiten blieb er ruhig, zeigte dabei keine Steigerung der Affektreaktion.

Anhaltpunkte für durch Krankheit und das vorgerückte Alter verursachte Abnahme der intellektuellen Fähigkeiten waren bei L. nicht zu erkennen. Über körperliche Beschwerden klagte er in der Klinik nicht; der Schlaf war gut.

Zusammenfassung und Gutachten. — Nach dem Ergebnis der Untersuchung und dem Akteninhalt ist anzunehmen, daß L. einen sich über mehrere Jahre erstreckenden krankhaften Verstimmungszustand gehabt hat, der reaktiv nach affektbetonten Erlebnissen aufgetreten ist.



Wahrscheinlich war es ein auf dem pathologischen Boden hypomanischer Konstitution entstandener Krankheitzustand.

Die Symptome des krankhaften Zustandes bestanden nach seiner eigenen Schilderung, der seiner Angehörigen und dem, was wir aus den bei den Akten befindlichen zahlreichen Schriftstücken entnehmen können, in gesteigerter affektiver Reizbarkeit, in Störung des Schlafes und in Einengung des Interessenkreises unter einem krankhaft überwertigen Vorstellungskomplex. Das Vorherrschen des Vorstellungskomplexes der rechtlichen Benachteiligung führte unter der krankhaft veränderten Affektivität zu krankhaften Mißdeutungen seiner Erlebnisse im Sinne der sein Bewußtsein beherrschenden Vorstellung der Benachteiligung. Es läßt sich aus dem Akteninhalt verfolgen, wie die auf krankhafter Grundlage entstandenen Gedankengänge der rechtlichen Benachteiligung bei L. mehr und mehr erweitert wurden. Sie knüpften an Differenzen an, die L. mit Justizrat W. innerhalb der Aktiengesellschaft hatte. L. hielt und hält W. auch heute noch für den Urheber seiner rechtlichen Benachteiligung. Für die ärztliche Beurteilung ist es belanglos, ob diese Annahme zutreffend ist oder nicht. Daß L. in dem Verstimmungszustande die Handlungsweise des W. in krankhafter Weise verkannte, geht mit Wahrscheinlichkeit daraus hervor, daß er sie heute, nachdem der krankhafte Zustand vorüber ist, anders beurteilt als damals. Es wird dieses ferner wahrscheinlich aus der Art, wie er in dem krankhaften Zustande andere Erlebnisse damit in Zusammenhang brachte, und wie er seine Schlußfolgerungen zog.

Aus der Erfahrung, daß er mit seinen Eingaben an die Gerichte und mit seinen Strafanträgen sein Ziel nicht erreichte, zog er unter der in seinem Bewußtsein überwertigen Überzeugung, daß das Recht auf seiner Seite sei, den Schluß, daß Richter und Oberstaatsanwalt absichtlich seine Beweise nicht prüfen und nicht anerkennen wollten, weil sie W., der Jurist ist und mit ihnen bekannt war, begünstigen wollten. In gleichem Sinne mißdeutete er die richterliche Anordnung der Untersuchung seines Geisteszustandes.

Die Abweisung seiner Strafanträge war nicht geeignet, sein Urteil zu korrigieren. Auch hierin zeigt sich die krankhafte Überwertigkeit des ihn damals beherrschenden Vorstellungskomplexes. Sie tritt ferner hervor in der Art, wie er sein Ziel zu erreichen suchte, und in der Bedeutung, die er damals seinen persönlichen Angelegenheiten für die allgemeine Rechtsprechung beimaß; es kommt dieses zum Ausdruck in seiner Beschwerdeschrift an den Justizminister.

Ausgelöst und unterhalten wurde der krankhafte Zustand bei L. durch die Gemütserregungen, die sich für ihn aus seinen Schwierigkeiten mit der Aktiengesellschaft ergaben, aus der Abweisung der Klage der Frau Sch. und vor allem wohl aus seiner strafrechtlichen Verurteilung. Aus seinen Angaben und aus den Akten geht hervor, daß der krankhafte Zustand nicht dauernd mit gleicher Intensität bestand, sondern Schwankungen

aufwies. Eine Besserung scheint 1910 während seiner Strafhaft aufgetreten zu sein. Eine Besserung, die bis zum Schwinden der Krankheiterscheinungen fortschritt, stellte sich wiederum 1914 ein.

Jetzt ist der krankhafte Zustand bis zur Krankheiteinsicht abgelaufen. Für dieses Urteil ist es gleichgültig, ob die den L. jetzt beherrschende Ansicht, daß er jetzt in der Lage sei, zu seinem Ziel zu kommen und seine Unschuld nachzuweisen, zutreffend ist oder nicht.

Für die Frage, ob L. den der Anklage zugrunde liegenden Brief vom 10. 12. 11 im Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51 StGB. geschrieben hat, kommt in Betracht, daß bei ihm in dieser Zeit der krankhafte Verstimmungszustand bestand, und daß die Krankheiterscheinungen in diesem derartige waren, daß die Voraussetzungen des § 51 vorlagen.

Wir geben daher unser Gutachten dahin ab, daß L. sich zur Zeit der Begehung der Straftat, die der Anklage zugrunde liegt, im Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51 StGB. befunden hat.

Das Symptomenbild der psychischen Krankheit des L. entspricht in allen Einzelheiten den als Querulantenwahn bezeichneten Psychosen. Die psychischen Elementarsymptome sind pathologische Erscheinungen auf affektivem Gebiete und ein krankhaft überwertiger Vorstellungskomplex. Beide sind eng miteinander verknüpft.

Der primäre Kern der Erkrankung liegt zweifellos in der krankhaft veränderten Affektivität. Auf ihrer Grundlage erhält der vorherrschende Vorstellungskomplex der unrechtmäßigen Benachteiligung seine krankhafte Überwertigkeit und damit seinen pathologischen Einfluß in der Psyche des Kranken.

Nach Abklingen des krankhaften Affektes hat der Pat. die Vorstellung der unrechtmäßigen Benachteiligung behalten, sie hat bei ihm nichts an Überzeugungstreue eingebüßt, im Vordergrunde seines Denkens stehen weiter „die Beweise", die er zu seiner Rechtfertigung führen will, die Wahnbildung aber, die hier auf krankhafter Mißdeutung der in Zusammenhang mit dem Vorstellungskomplex der Benachteiligung stehenden Erlebnisse beruht, hat mit Abklingen des pathologischen Affektes aufgehört, es ist sogar zur Korrektur der zur Zeit des pathologischen Affektes entstandenen wahnhaften Mißdeutungen gekommen. Daraus geht hervor, daß die krankhaft veränderte Affektivität die Grundlage der Wahnbildung bei dem Pat. ist; die Vorstellung



der unrechtmäßigen Benachteiligung bestimmt nur die Richtung der Wahnbildung.

Mit dem Abklingen des Affektes und dem Schwinden der Wahnvorstellungen änderte sich das Verhalten des Kranken. Während des krankhaften Zustandes beschränkte sich seine Betätigung ausschließlich darauf, seine Rechtsansprüche durchzusetzen. Er vernachlässigte dabei Familie, Geschäft und Verdienst, seine Lebensführung wurde eine andere, sie wurde geleitet durch den Vorstellungskomplex der rechtlichen Benachteiligung. Nachdem jetzt die Affektivität des Pat. aus der pathologischen wieder zur gesunden Form zurückgekehrt ist, besteht zwar der Vorstellungskomplex der Benachteiligung bei dem Kranken fort, aber er hat seinen starken Einfluß im Seelenleben, seine krankhafte Überwertigkeit verloren. Die krankhafte Überwertigkeit des Vorstellungskomplexes zeigt sich hier in selten durchsichtiger Weise an den krankhaften Affekt gebunden. Die Affektbetonung, die der Vorstellungskomplex nach Abheilen des krankhaften Affektes behält, liegt im Rahmen der Gesundheitsbreite. In diesem Rahmen halten sich jetzt auch die Handlungen des L., die er im Sinne des Vorstellungskomplexes der Benachteiligung unternimmt. Seine Eingaben an die Gerichte werden nach Zahl und Form sachlich bestimmt, seine Vielgeschäftigkeit in Verfolgung seiner Rechtsansprüche hat trotz des Weiterbestehens der festen Überzeugung der rechtlichen Benachteiligung aufgehört, die Mittel und Wege, die er einschlägt, halten sich in den gebräuchlichen Formen.

In allem zeigt sich, daß in der Psychose das treibende Element der krankhafte Affekt war. Der krankhafte Affekt ist der pathologische Kern der Erkrankung; durch ihn erhielt der Vorstellungskomplex der rechtlichen Benachteiligung pathologische Überwertigkeit. Auf der Grundlage der krankhaften Affektivität ist es unter dem Einfluß des überwertigen Vorstellungskomplexes zu krankhaften Mißdeutungen von Erlebnissen im Zusammenhang mit diesem Vorstellungskomplex gekommen. Als weitere krankhafte Erscheinungen werden uns Störungen des Schlafes und die affektive Reizbarkeit genannt. Andere Erscheinungen, wie Änderung der Lebensweise, Einengung des Interessenkreises, Schreibdrang sind sekundäre Erscheinungen, es sind psychische Eigenarten, die für Querulantenwahn charakteristisch sein können, die aber niemals die Bedeutung psychopathologischer Symp-

tome in klinischem Sinne haben. Es ist unzureichend, sich bei der Diskussion über die Nosologie des Querulantenwahnes, wie eines psychischen Zustandsbildes überhaupt, auf Betrachtung und klinische Einschätzung derartiger allgemeiner Erscheinungen zu beschränken. Zum Ziel kann nur eine genaue symptomatologische Analyse der pathologischen Erscheinungen führen.

Entstanden ist der krankhafte Zustand, wie wir aus den Angaben des Pat., denen seines Sohnes und den anamnestischen Daten aus den Akten entnehmen können, reaktiv nach affektbetonten Erlebnissen. Die Enttäuschung, die er mit seinen Plänen der Vergrößerung der Gütereisenbahn erleben mußte, und Schwierigkeiten in der Aktiengesellschaft werden die ersten auslösenden Ursachen gewesen sein, der Prozeß seiner Wirtschafterin, der seine eigene pekuniäre Lage berührte, und schließlich der Strafprozeß, der seine Verurteilung zur Folge hatte, waren geeignet, anhaltenden Einfluß auf die Stimmung auszuüben und starke Affekterregungen zu erzeugen. Dazu kamen dann noch andere Prozesse, die gegen ihn angestrengt wurden.

Die Erkrankung scheint eine allmähliche Entwicklung, allmähliche Steigerung und auch allmählichen Abfall gehabt zu haben. Der Beginn der krankhaften Verstimmung vollzog sich wahrscheinlich schon im Jahre 1904 nach einem Unfall mit Kopftrauma und einer Erkrankung, die als Gicht bezeichnet worden war. In der zweiten Hälfte des Jahres 1914 und in der ersten von 1915 heilte der Zustand ab. 1908 stellte sich, während L. in Strafhaft war, eine vorübergehende Remission ein. Vorausgegangen ist der Erkrankung eine Zeit von der Dauer etwa eines Jahres, in der L. eine erhöhte geschäftliche Tätigkeit und gesteigerten Eifer an den Tag legte, er betrieb damals die Vorarbeiten zum geplanten Vergrößerungsbau der von ihm verwalteten Bahn der Aktiengesellschaft. Die Heilung ist bis zur Krankheitseinsicht gelangt. L. sieht jetzt ein, daß er einen krankhaften Verstimmungszustand mit gesteigerter aktiver Erregbarkeit durchgemacht hat, er korrigiert die krankhaften kausalen Verknüpfungen seiner damaligen Erlebnisse, ohne die Überzeugung, daß er im Recht gewesen und rechtlich benachteiligt worden ist, verloren zu haben. Wenn L. jetzt das Abklingen des krankhaften Affektes darauf zurückführt, daß er mit dem Gutachten des Bücherrevisors und mit der von ihm aufgestellten Bilanz der Aktiengesellschaft sichere Beweise für seine unrechtmäßige Ver-

urteilung erhalten habe, so wird zuzugeben sein, daß die Erlangung des Büchergutachtens und sein Inhalt einen günstigen Einfluß auf seine Stimmung ausgeübt haben werden. Diese Anschauung des L. kann nicht als Zeichen unvollständiger Krankheitseinsicht angeführt werden, ebensowenig können dafür angesehen werden seine Behauptungen, daß Justizrat W. der Urheber seiner rechtlichen Benachteiligung ist, daß das Gericht aus Irrtum ein falsches Urteil gegen ihn gefällt habe, und daß er jetzt in dem Gutachten des Bücherrevisors und in der Aufstellung der Bilanz die Beweise zum Nachweis seiner unrechtmäßigen Verurteilung habe. Ihre pathologische Überwertigkeit haben diese Vorstellungen verloren, ob sie den Tatsachen entsprechen, werden die Gerichte zu entscheiden haben, für die ärztliche Beurteilung des Pat. ist das belanglos.

Bei Entscheidung der Frage, welcher Art die affektive Verstimmung des L. gewesen ist, weisen uns die Angaben seiner Wirtschafterin und seine eigenen nach bestimmter Richtung hin. Er selbst gab an, er habe von Jugend an ein heiteres Grundtemperament gehabt, sei gern in Gesellschaft und ein guter Unterhalter gewesen, er habe viel geschafft im Leben, Unternehmungslust in geschäftlichen Dingen gehabt. Von seiner Wirtschafterin, mit der er seit 20 Jahren zusammen lebt, wurde L. als fleißiger, strebsamer, lebhafter Mensch geschildert, der immer Optimist gewesen sei. Diese Schilderungen machen es in Verbindung mit dem ganzen Untersuchungsbefund wahrscheinlich, daß L. ein Mensch von hypomanischer Konstitution ist, die Lebhaftigkeit und Gewandtheit, die L. in der Klinik bei der Unterhaltung zeigte, ist geeignet, uns in dieser Annahme zu bestärken. Von seinem Vater sagt L., er sei auch so wie er „spekulativ veranlagt" gewesen.

Die angeführten klinisch-pathologischen Merkmale mußten uns bei ihrer Kombination miteinander zu der Anschauung bringen, daß der Krankheitszustand des L. mit dem Bilde des Querulantenwahns ein auf dem Boden endogener hypomanischer Konstitution entstandener Verstimmungszustand mit paranoischen Symptomen gewesen ist, Verlauf und Ausgang der Erkrankung sprechen gleichfalls dafür. Daß ausgesprochene paranoische Erkrankungen auf dem Boden manisch-depressiver Veranlagung entstehen, zeigen uns die klinischen Erfahrungen. Vor einigen Jahren konnten wir hier in der Klinik einen Patienten mit rein paranoischem Krankheitsbild beobachten, bei dem



sich an dem Symptomenbilde der paranoischen Psychose die depressiven und manischen Elementarsymptome mit Deutlichkeit nachweisen ließen [1]). Dieser Kranke ist später durch Suizid gestorben. Bei L., der uns erst zur Untersuchung zugeführt wurde, nachdem seine Krankheit schon länger als ein Jahr abgeheilt war, ist die symptomatologische Analyse nicht so weit möglich gewesen; seine Schriften aus der Krankheitszeit lassen nichts erkennen, das mit Bestimmtheit als manisches oder depressives Symptom aufgefaßt werden kann, sie zeichnen sich aus durch formelle Gewandtheit und sind zum Teil auffällig durch viele Unterstreichungen.

Das Abheilen der Psychose, das diesen Fall von Querulantenwahn besonders beachtenswert macht, ist ein klinisches Moment, das zur Diagnose der manischen Verstimmung mit paranoischen Symptomen beigetragen hat. Wäre die Psychose nicht zur Heilung gekommen, so würden sich für die Anschauung, daß eine manische Erkrankung vorgelegen hat, zwar auch Wahrscheinlichkeitsgründe anführen lassen, eine wesentliche Stütze der Diagnose würde jedoch fehlen.

Schwieriger als bei diesem Patienten ist die nosologische Beurteilung in einem andern Falle, den wir vor 2 Jahren in der Klinik beobachtet haben, und der jetzt wieder nachuntersucht werden konnte. Auch dieser Patient wurde gemäß § 81 StPO. untersucht und begutachtet. Es wurde das folgende Gutachten abgegeben.

Berlin, den 14. März 1914.

Auf Ersuchen des Herrn Untersuchungsrichters vom Landgericht I Berlin erstatten wir das gewünschte Gutachten über den Geisteszustand des 43jährigen Kaufmanns Hermann K. Das Gutachten erfolgt nach Untersuchung und Beobachtung des K. in der Psychiatrischen Klinik der Königlichen Charité vom 16. 1. bis 26. 2. 1914 und nach Einsicht der Akten und Beiakten. K. ist siebenmal vorbestraft wegen Beamtenbeleidigung, öffentlicher Beleidigung, Unterschlagung, Vergehens gegen das Warenzeichengesetz, betrügerischen Bankerotts, versuchter Erpressung, Beleidigung.

Jetzt schweben gegen ihn mehrere Verfahren wegen Betruges und Untreue. Am 25. 2. 13 wurde er in London festgenommen und befindet sich seit seiner Auslieferung im Juni 1913 in Untersuchungshaft. In dem einen Verfahren sind Mitbeschuldigte des K. der Vermittler Hermann R. und der Inhaber einer Auskunftei Wilhelm J.

---

[1]) *Seelert*, Paranoische Erkrankung auf manisch-depressiver Grundlage. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 36, 1914.



In dem Haftbefehl vom 15. 3. 13 wird K. beschuldigt, im Januar und Februar 1913 in der Absicht, sich einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen der offenen Handelsgesellschaft in Firma von G. und K. dadurch beschädigt zu haben, daß er durch Vorspiegelung der falschen Tatsache, er wolle Wechsel für die Firma diskontieren, während er den Erlös tatsächlich für sich verwenden wollte, einen Irrtum erregte. In diesem Haftbefehl ist folgender Sachverhalt ausgeführt. K. hatte sich erboten, für jene Firma 1 000 000 M. auf Wechsel zu verschaffen. Dem Mitinhaber der Firma K. und dem Angestellten M. hat er sich als Bergwerksbesitzer und Fabrikbesitzer ausgegeben und hat davon gesprochen, daß er in London eine Aktiengesellschaft mit 4 Millionen Mark gründen werde; er hatte einen Katalog einer Fabrik von K. vorgezeigt, die er als die seinige ausgab. Im Vertrauen auf die Angaben des K. und veranlaßt durch sein sicheres Auftreten, übergab die Firma ihm Wechsel zur Gesamtsumme von 1 100 000 M. und eine Generalvollmacht. K. reiste nach Paris ab. Von dort aus schrieb er, daß er sich in eigener Sache nach Liverpool begeben habe. Trotz vielfacher telegraphischer und schriftlicher Mahnung berichtete er nicht über die Ausführung seines Auftrages. Von London aus vertröstete er ohne Angabe seiner Adresse die Firma. Einen Teil der Wechsel hatte er inzwischen zurückgeschickt; zwei Wechsel zu je 50 000 M. hatte er weitergegeben. In London wurde er auf Veranlassung der Firma verhaftet.

Am 22. 3. 13 wurde gegen K. auf Antrag der Staatsanwaltschaft Voruntersuchung eröffnet in der Sache, in der er wegen Untreue beschuldigt wird; er soll im Jahre 1909 als Bevollmächtigter über Forderungen seiner Auftraggeber, nämlich über von ihm für die früheren Inhaber der Berliner Ölhandelsgesellschaft eingezogene Forderungen in Höhe von 1899 M. absichtlich zum Nachteil seiner Auftraggeber verfügt haben, indem er die Forderungen einzog und das Geld zu seinem Nutzen verwandte. Am 19. 4. 13 wurde die Voruntersuchung eröffnet wegen der Anschuldigung der Staatsanwaltschaft wegen Betruges und schwerer Urkundenfälschung und wegen versuchten Betruges. K. soll das Vermögen des Rentiers K. um 15 000 M. und um 25 000 M. geschädigt haben, in rechtswidriger Absicht eine öffentliche Urkunde fälschlich angefertigt und von derselben zum Zwecke einer Täuschung Gebrauch gemacht haben, um sich einen Vermögensvorteil zu verschaffen, er soll ferner versucht haben, um sich einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen des Agenten L. zu schädigen. Es handelt sich hierbei um Wechsel- und Hypothekengeschäfte. Am 7. 6. 13 wurde die Voruntersuchung ausgedehnt auf die im Haftbefehl vom 3. 5. 13 erhobene Beschuldigung des Betruges gegen die Frau G. in den Jahren 1911 und 1912; auch in diesem Falle handelt es sich um Hypothekengeschäfte. K. soll es verstanden haben, sich einen Hypothekenbrief über 150 000 M., der auf eine Zeche in M. eingetragen war, von der Frau G. zedieren zu lassen, ohne daß diese die Absicht hatte, die

Hypothek aus den Händen zu geben und zu zedieren. Am 20. 9. 12 wurde die Voruntersuchung eröffnet gegen K., R. und J. auf Antrag der Staatsanwaltschaft wegen der Beschuldigung des Betruges im Jahre 1911 und 1912 gegen die Firmen B., H., I., K., T. In diesen Fällen handelt es sich darum, daß Waren von diesen Firmen auf den Namen K. und R. bestellt und später nicht bezahlt wurden. In dem Fall B. geschah die Bestellung von K. auf einem Briefbogen, dessen Kopf mit der Firma „Krasta Originalkraftbandgesellschaft mit beschränkter Haftung" versehen war; K. bezeichnete sich darauf als Direktor der Gesellschaft. In dem Haftbefehl vom 21. 3. 13 wird diese Firma als eine Schwindelfirma, gegen die die Zwangsvollstreckungen fruchtlos ausfielen, bezeichnet. In einem weiteren Verfahren wegen Betruges an dem Kommissionär F. im Jahre 1911 handelt es sich um Wechselgeschäfte; auch in diesem Falle soll K. die falsche Tatsache vorgespiegelt haben, daß er und die von ihm vertretene Gesellschaft Krasta zahlungsfähig seien, während beide unvermögend waren. Dem Verfahren wegen Betruges an dem Verlagsbuchhändler J. liegen auch Geldgeschäfte zugrunde.

Aus dem ganzen Aktenmaterial geht hervor, daß K. an sehr vielen geschäftlichen Unternehmungen beteiligt war. In einem Schreiben vom 19. 9. 13 an Herrn Medizinalrat St. hat er einen Teil seiner Geschäftsunternehmungen seit 1907 und einige Geschäftsprobleme, deren praktische Ausführung er vorhatte, aufgezählt; er erklärt in dem Schreiben, daß er unendlich viel mehr Geschäfte gemacht, als er an dieser Stelle aufgezählt habe. Aus dieser Aufzählung ist zu erwähnen, daß er 1908 die Verwertung eines Vexierspieles betrieben habe, das so aufgebaut sei, daß Dritte Millionen beisteuern, ohne zu erkennen, daß damit nur ein großes Warenversandhaus in die Welt gesetzt und bekannt gemacht werden soll. Er erwähnt in diesem Schreiben weiter, daß er seit 10 Jahren sein Geschäft Crédit mobilier in ganz besonderer Art in eine Aktiengesellschaft umzuwandeln beabsichtige, wozu jedoch 10 Millionen gehören, die durch Spiel und die Krastagesellschaft beschafft werden sollen, in ein bis zwei Jahren werde es dann das größte Bankhaus sein, das existiert. Er habe die Idee gehabt, die zur Durchführung erforderlichen Mittel durch ein Spielsystem zu beschaffen, durch das er täglich 40 000 bis 1 ½ Millionen der Bank schon hätte entziehen können, so daß er dadurch in den Stand gesetzt wäre, seine geschäftlichen Ideen trotz aller Anfeindungen zu verwirklichen. In einem Briefe an seine Frau schrieb er, daß er eine glänzende Idee habe, schnell Millionen zu verdienen, auch das System für das Roulette fein durchgedacht habe. Ein Verlust sei jetzt ganz unmöglich. Ein weiteres Problem des K., mit dem er auch an die Öffentlichkeit getreten ist, ist seine Idee, Unterseebahnen herzustellen. In den Akten des Landgerichts L. befinden sich einige Blätter des Leipziger Tageblattes und der Frankfurter Zeitung aus dem Jahre 1904, in denen dieser Plan und die von K. daran angeknüpften phantastischen finanziellen Spekulationen kritisiert werden. Dort be-



findet sich auch eine Zeitungsnotiz, die auf das Rätselhafte seiner Idee, die dem Crédit mobilier zugrunde liegt, hinweist.

Von verschiedenen Zeugen ist angegeben worden, daß K. in seinem Auftreten andern gegenüber sehr selbstbewußt war, mit seinen geschäftlichen Unternehmungen, seinen Vermögensverhältnissen und seiner geschäftlichen Leistungsfähigkeit prahlte. Nach den Aussagen des Zeugen K. hat er sich diesem gegenüber als reicher Bergwerks- und Fabrikbesitzer ausgegeben, hat erzählt, daß er in England eine Aktiengesellschaft mit 4 Millionen gründen werde, daß er für die Firma von G. und K. mit Leichtigkeit eine Million beschaffen könne. Zeuge Architekt B. hat ebenfalls angegeben, daß der Angeschuldigte mit seinen Unternehmungen und mit seiner Fähigkeit, leicht Geld verschaffen zu können, prahlte. Sein Auftreten dem Zeugen H. gegenüber, bei dem er eine Wohnungseinrichtung von 40 000 M. bestellte, war derartig, daß der Zeuge die Überzeugung gewann, der Angeschuldigte sei reich.

Diese hohe Einschätzung seiner persönlichen Leistungen ist bei K., wie aus den Akten hervorgeht, nicht erst praktisch in Erscheinung getreten während der jetzt schwebenden Strafverfahren. Nach den Zeugenaussagen seines Vaters und seines Bruders hatte er auch früher, wie der Vater und Bruder sich ausdrücken, eine Art Größenwahn, wollte immer hoch hinaus bei seinen kaufmännischen Unternehmungen, rechnete dabei nur nach Millionen, brachte sich durch seine Unternehmungen oft in Not, so daß er von dem Vater unterstützt wurde.

Im Widerspruch zu dieser Selbsteinschätzung seiner persönlichen Verhältnisse stehen bei K. objektive Aussagen von Zeugen und Sachverständigen über Einzelheiten seiner geschäftlichen Tätigkeit und seiner Vermögensverhältnisse. Die Zeugin G. hat angegeben, daß K. ein gut eingerichtetes Kontor hatte, das die Schilder „Krastagesellschaft“ und „Berliner Ölhandelsgesellschaft“ trug, daß aber in der Zeit von Oktober 1911 bis Januar 1912, in der sie in dem Kontor tätig war, für diese beiden Gesellschaften ihrer Beobachtung nach Geschäfte nicht gemacht wurden, daß während ihrer Anwesenheit ein Kunde in Geschäften dieser Gesellschaften nicht gekommen sei.

Nach den Zeugenaussagen des Amtsgerichtssekretärs M. hat der Angeschuldigte im Jahre 1902 das Steinkohlenbergwerk Zeche M. für 6000 M. erworben. Auf diese Zeche hat er eine Hypothek von 150 000 M. eintragen lassen, diese hat er dann als sehr wertvolle erstklassige Hypothek gerühmt. Nach Auskunft des herzoglichen Bergamtes O. vom 24. 4. 13 und der Polizeiverwaltung M. hat seit 1907 eine Förderung in der Grubenzeche M. nicht stattgefunden; April 1913 war dort kein Arbeiter beschäftigt. Nach dem Urteil der Königlichen geologischen Landesanstalt Berlin vom 15. 5. 13 hat das Steinkohlenbergwerk M., da es zurzeit nicht förderungsfähig ist, überhaupt keinen wirtschaftlichen Wert, sondern nur einen sehr bedingten und geringen Spekulationswert. Der Sachverständige

Bergrat L. erklärte in seinem Gutachten vom 26. 5. 13, daß er nach den vorliegenden Unterlagen dem Grubenfelde vom bergmännischen Standpunkt aus einen irgendwie nennenswerten Wert nicht zusprechen könne, es liege nichts vor, das die Annahme auf ein bauwürdiges Vorkommen von Steinkohlen irgendwie rechtfertigen könne.

Mit diesen von sachverständiger Seite erteilten Gutachten über den Wert der Zeche M. fand sich K. ab, indem er erklärte, daß er diese Auskünfte als zutreffend nicht anerkennen könnte; es möge sein, daß sie das Richtige treffen, könne aber auch anders sein; ihm sei jedenfalls vor Ankauf von dem verstorbenen Bergmeister H. erklärt worden, daß er die Zeche, die er für 6000 M. gekauft habe, für 30 000 M. gefunden hätte, sie sei die beste von ganz Thüringen, es seien ihm auch schon bis 450 000 M. dafür geboten worden.

Den Widerspruch, der bei K. zwischen seinen Äußerungen über seine Vermögensverhältnisse, seinen entsprechenden Handlungen und den tatsächlichen Verhältnissen liegt, illustrieren weitere Zeugenaussagen. Der Zeuge B. hat angegeben, daß der Möbellieferant von K. die Schlafzimmereinrichtung wieder abholen ließ, daß K. die Miete unpünktlich zahlte und schuldig geblieben ist, daß Lieferanten ihn häufig um Geld gemahnt haben sollen. Nach Aussage des Direktors der Auskunftei Sch. waren die Vermögensverhältnisse des Angeschuldigten nach dem Ergebnis der Ermittlungen der Auskunftei sehr schlechte. Die Schutzgemeinschaft für Handel und Gewerbe hat am 21. 2. 12 der Staatsanwaltschaft unter Angabe der Aktenzeichen berichtet, daß K. am 8. 12. 11 den Offenbarungseid in einer Zwangsvollstreckungssache geleistet hat, daß er wiederholt fruchtlos ausgepfändet worden ist.

In seinem Schreiben an Medizinalrat St. klagt K. darüber, daß ihm durch die Haft die Realisierung seiner Millionen darstellenden Werte unmöglich gemacht sei.

Eine andere Charaktereigentümlichkeit des K., die aus dem Aktenmaterial hervorgeht, ist seine abnorme Neigung zu Mißdeutungen der kausalen Beziehungen seiner unangenehmen Erlebnisse. Die Akten enthalten zahlreiche Schriftstücke, in denen er sich über den Untersuchungsrichter, den Staatsanwalt und das Gericht beschwert. Bei seiner Vernehmung am 9. 8. 13 durch den Untersuchungsrichter erklärte er, daß er nach Lage der Sache nur annehmen könne, daß R. sich Schriftstücke von ihm angeeignet habe, als er in dem Geschäftszimmer des Untersuchungsrichters die Papiere als Sachverständiger durchsah. In einem Schreiben vom 13. 8. sprach er die Möglichkeit aus, daß der Untersuchungsrichter C. die Wegnahme seines fehlenden, bei ihm beschlagnahmten Beweismaterials und der 300 Aktien gestattet haben könnte. Am 8. 8. schrieb er an den Untersuchungsrichter, es sei jetzt das zweite Mal, daß sein in die Hände des Gerichtes gegebenes Entlastungsmaterial spurlos verschwindet; er bittet in diesem Schreiben ferner um Abschriften aller Haftbefehle, wie sie dem



englischen Gericht vorgelegen haben, da ihm gestern aufgefallen sei, daß ihr Inhalt ein anderer war. In einem weiteren Schreiben an den Untersuchungsrichter vom 16. 8. 13 schrieb er: „R. hat unzweifelhaft Helfer innerhalb des Gerichts gehabt.“ Bei einer Vernehmung durch den Untersuchungsrichter am 27. 9. 13 erklärte er, er stehe mit einer großen Voreingenommenheit dem Landrichter C. gegenüber, weil er annehme, daß dieser mit Absicht sein Entlastungsmaterial in die Hände der G. und des R. gegeben habe. In einem Brief an Rechtsanwalt B. schrieb er: „Durch unerhörte Intrigen des R. und seiner Geliebten bin ich Ende Februar, unmittelbar vor der Realisierung meiner jahrelangen Bestrebungen, auf Veranlassung einer hiesigen Firma verhaftet worden.“ In den Akten befindet sich eine Notiz, daß eine Beschwerde des K. an den Justizminister durchgeht, nach der er bei seiner Vorstellung verharrt, daß der Untersuchungsrichter den Entlastungsbeweis wissentlich durch R. abhanden gebracht hätte.

Eine abnorme Neigung, frühere unangenehme Erlebnisse mit der augenblicklichen Situation zu verknüpfen, zeigt sich in einer Äußerung des K. am 6. 10. 13; er stellte damals den Antrag, ihm mitzuteilen, in welche Irrenanstalt er übergeführt werden solle, da es für ihn von großem Interesse sei, zu wissen, welche Ärzte in der Anstalt sind; er habe nämlich früher mit weiten ärztlichen Kreisen Differenzen gehabt.

In einem Schreiben vom 5. 10. 13 an die Strafkammer lehnte er den Untersuchungsrichter C. wegen der Besorgnis der Befangenheit ab. Er schreibt dann weiter: „Landrichter C. hat während des bisherigen Verfahrens dauernd gegen die gesetzlichen Bestimmungen zu meinem Nachteil verstoßen ..... er hat nach Bekundung einer Zeugin die Beiseiteschaffung des gesamten Beweismaterials, welches zu meiner Entlastung diente, gestattet, und zwar aus seinem Amtszimmer sogar ..... Für mich ging auch aus andern Tatsachen die Mitschuld des Landrichters C. hervor, abgesehen davon, daß ich sofort nach der mir bekannt gewordenen Beschlagnahme bei mir den englischen Richter davon benachrichtigte und aussprach, daß ich überzeugt sei, daß nunmehr alle diese meine Entlastungsbeweise verschwinden würden, was ja a tempo auch eingetroffen ist. Daraus geht hervor, daß mein Gefühl, meine geäußerten Ansichten usw. in jeder Beziehung richtig waren.“ — Am 11. 10. 13 schrieb er, er habe den Eindruck, Landrichter C. wolle ihm in jeder Weise Schwierigkeiten bereiten.

Durch Beschluß der Strafkammer vom 17. 9. 13 wurde die Beschwerde des K. gegen den Untersuchungsrichter für unbegründet erklärt; in der Begründung des Beweisbeschlusses heißt es, daß die schweren Vorwürfe und Beschuldigungen des Angeschuldigten, wie insbesondere der Vorwurf der Beiseiteschaffung des Entlastungsmaterials aus dem Richterzimmer durch R., der Entwendung oder Unterschlagung von beschlagnahmten Aktien so aufs Geratewohl und völlig beweislos aufgestellt seien, daß sie von vornherein nicht den geringsten Anspruch auf Glauben haben.



Wie weitere bei den Akten befindliche Schreiben des K. zeigen, nahmen seine Vorstellungen, unrechtmäßig behandelt zu werden, immer krassere und größere Ausdehnung an. Er beschwerte sich auch weiterhin, wie er es schon früher, nach Beschluß der Strafkammer beweislos, getan hatte, darüber, daß er seine Briefe zu spät erhalte; in einem Schreiben vom 22. 10. 13 zieht er die Unparteilichkeit des Untersuchungsrichters in Frage, er protestiert gegen den Strafkammerbeschluß vom 17. 10. 13 und fährt dann fort: „...denn meine Strafanträge gegen alle meines Erachtens bewußt mir meine Rechte schmälernden Richter werden ja die notwendige Aufklärung bringen". In einer Beschwerde an das Kammergericht schrieb er am 23. 10. 13, der Untersuchungsrichter habe bewußt § 123 StPO. verletzt, und fuhr dann fort: „Ebenso wie m. E. die Strafkammer und der Staatsanwalt schwer das Recht zu meinem Nachteil verletzten, denn es darf doch kein Haftbefehl aufrechterhalten werden, wenn die absolut und einwandfrei vorliegenden Schriften usw. das Gegenteil ausweisen, als was der Haftbefehl behauptet, und wenn an Hand von früheren eidlichen Zeugenaussagen und Gerichtsakten die jetzigen eidlichen Aussagen derselben Personen als Meineide klipp und klar bewiesen werden?" In einer andern Beschwerde an das Kammergericht schrieb er: „Aber Herr Landrichter C. ist befangen, und in seinen Händen muß ich mich als rechtlos ansehen", und weiter: „Es ist mir das Recht bis heute genommen worden, andere Richter (nur Herr Untersuchungsrichter L. nicht) haben sich dem ungesetzlichen Verweigerungsprinzip angeschlossen und somit, mit oder ohne Beeinflussung durch Herrn C., das Recht zu meinem Nachteil bewußt gebeugt." Er schildert dann in dem Schreiben, daß, anläßlich einer Unterredung zwischen den Untersuchungsrichtern, ihm und seiner Frau über das Verschwinden seiner Entlastungsbeweise, der Untersuchungsrichter C. plötzlich an den Untersuchungsrichter L. herangetreten sei und ihn schnell mit dem Fuß angestoßen habe, wobei jener sich sofort in seinen Worten unterbrochen habe. Die Beschwerde an das Kammergericht wurde als unbegründet zurückgewiesen.

In einem Briefe des K. an seine Frau vom 17. 12. 13, von dem sich eine Abschrift bei den Akten befindet, kommt zum Ausdruck, wie bei der Neigung des K. zur Erklärung seiner augenblicklichen Situation als Folge der Handlungen Anderer weitere Vorstellungsreihen mit der Überzeugung persönlicher Benachteiligung verknüpft werden. Er schrieb in dem Briefe: „Ich komme nicht darüber hinweg, daß merkwürdig Viele erweislich Falsches gegen mich bekundet haben, und bin nach wie vor der Ansicht, daß eine Beeinflussung zu meinem Nachteil von irgendeiner Seite seinerzeit erfolgt ist ..... damit kommen ja auch die früheren Erklärungen des Herrn Dr. W. zur Sprache, deren Erbe m. E. damals Herr C. angetreten hat." In einem Brief an seine Ehefrau schrieb er, „... ich möchte auch, daß über mich ein ungerichtlicher Arzt ein Gutachten abgibt, damit ich das ständige Mißtrauen verliere".



Diese Neigung des Angeschuldigten zur Mißdeutung der kausalen Beziehungen seiner unangenehmen Erlebnisse ist nicht während der jetzt schwebenden Strafverfahren entstanden, sondern trat auch früher hervor. In den Akten der Strafanstalt W. ist er auf Blatt 1 als Querulant bezeichnet. In einem Schreiben an das Gericht vom 24. 4. 04 schrieb er: „Mein heutiges erneutes Gesuch um Wiederaufnahme des Verfahrens ist allein aus der Tatsache, daß ein Richter mitgewirkt hat, welcher sich in Verbindung zur Sache eine strafbare Handlung hat zuschulden kommen lassen, voll begründet." Der Wiederaufnahmeantrag wurde vom Gericht als unbegründet verworfen. In einem Briefe vom 13. 1. 06, in dem er sich über die Behandlung in der Haft beklagte, schrieb er: „... es liegt System darin". In einem Schreiben vom 20. 9. 05 an das Landgericht L. schrieb er, das Verhalten des Staatsanwaltes lege klar eine persönliche Gehässigkeit gegen ihn an den Tag, er solle um jeden Preis besonders behandelt werden. In einem Schreiben vom 20. 10. 13 erklärte er, er werde nach Beendigung des Strafverfahrens nach Argentinien gehen, da er hier ja nur Gegner und Feinde gefunden habe.

Für die ärztliche Begutachtung sind wichtig und sind aus den Akten zu erwähnen Angaben, die den Gesundheitszustand des Angeschuldigten betreffen. In den Akten des Landgerichts L. befindet sich ein Zeugnis von Dr. S. vom 15. 3. 05, der darin bescheinigt, daß er am 19. 7. 03 bei K. einen typischen epileptischen Anfall mit Pupillenstarre, Bewußtlosigkeit, Zuckungen, Zungenbiß beobachtet hat. Nach einer halben Stunde sei das Bewußtsein zurückgekehrt, mehrere Tage danach haben noch unregelmäßige Zuckungen im rechten Arm bestanden. Während der Strafhaft in W. wurde K. oft wegen Verdauungsstörungen, Herzbeschwerden und verschieden lokalisierten Schmerzen behandelt. Die Akten enthalten mehrere ärztliche Berichte über den Angeschuldigten. Dr. St. berichtet, daß er von 1894 bis 1898 Hausarzt bei ihm war, er habe ihn mehrmals wegen Erkältungs- und Verdauungsstörungen behandelt, er habe damals den K. für psychisch defekt gehalten und, gestützt auf das Zeugnis der meisten damaligen Geschäftsleute in W., ihn für einen krankhaften Renommisten und Krakeeler angesehen; damals sei K. bei Beteiligung an der Radfahrerrekordbewegung ein Stück mit der Eisenbahn gefahren und habe dann mit der geradelten Strecke geprahlt. Durch leichtsinnige Ausstellung von Wechseln und phantastische Einkäufe habe K. damals vielfach Beweise seines geistigen Defektes gegeben.

Nach der Krankengeschichte des städtischen Krankenhauses Sankt Jakob in L. wurde der Angeschuldigte dort vom 23. bis 30. 12. 05 wegen Herzbeschwerden behandelt. Nach der Krankengeschichte des Militärlazaretts W. wurde er dort 1891 wegen katarrhalischen Fiebers und Herzleidens behandelt und wegen chronischen Herzleidens für dienstunbrauchbar erklärt. Dr. G. hat am 14. 10. 13 angegeben, daß der Angeschuldigte, den er seit 1911 kenne, auf ihn einen sehr nervösen, leicht erregbaren Eindruck gemacht habe.



Der als Zeuge vernommene Vater des K. hat angegeben, daß sein Sohn als Kind Masern gehabt habe, daß er, 2 Jahre alt, auf den Kopf gefallen sei, daß er im allgemeinen an Körper und Geist gesund gewesen sei, nur eine Art Größenwahn gehabt habe. Der Bruder gab an, daß er im Alter zwischen 22 und 26 Jahren eines Nachts durch Unruhe seines Bruders, des Angeschuldigten, aus dem Schlaf geweckt worden sei und ihn darauf mit Schaum vor dem Munde besinnungslos im Bett gefunden habe.

Weiter ist von diesen beiden Zeugen angegeben worden, daß die Mutter des Angeschuldigten an Migräneanfällen, bei denen sie manchmal irre gesprochen habe, gelitten habe, auch deren Geschwister und Vater sollen daran gelitten haben. Ein Bruder des Vaters soll Trinker gewesen sein; nach Aussage des Wilhelm K. ist ein Bruder des Vaters duch Selbstmord gestorben.

Am 23. 8. 13 und 11. 1. 14 hat Medizinalrat St. über den Angeschuldigten Gutachten erstattet. In beiden stellte er den Antrag aus § 81 StPO. und wies auf die ungewöhnliche Vielgeschäftigkeit, die Neigung zum Mißtrauen und Querulieren des K. hin. Über die Haftfähigkeit des K. hat am 30. 10. 13 Medizinalrat H. ein Gutachten abgegeben, in dem er ausführte, daß die Beschwerde des K. an den Untersuchungsrichter nicht der Wahrheit entspreche; der Gesamtzustand des L. sei nicht derartig, daß die Haftfähigkeit aufgehoben wäre.

Auf Anordnung des Gerichtes wurde der Angeschuldigte zur Vorbereitung eines Gutachtens über seinen Geisteszustand in die psychiatrische und Nervenklinik der Königlichen Charité gebracht.

Die Angaben, die K. hier in der Klinik machte, stimmen inhaltlich überein mit seinen Äußerungen bei den Vernehmungen und mit dem Inhalt seiner zahlreichen bei den Akten befindlichen Schriftstücke. Über seinen Gesundheitszustand und sein Vorleben gab er in Bestätigung und Ergänzung zu dem aus den Akten Angeführten an, daß er während der Schulzeit mehrmals an Gelenkrheumatismus gelitten habe. Als größeres Kind und auch später nach der Militärzeit habe er eine Zeitlang oft Bettnässen gehabt; seit der Kindheit habe er oft Nasenbluten gehabt. Im Alter von 7 oder 8 Jahren habe er versucht, sich die Pulsadern aufzuschneiden; er nehme jetzt an, daß es nach Alkoholgenuß gewesen sei; mit Nachbarskindern habe er öfters große Mengen Alkohol zu sich genommen, so daß er öfter bewußtlos aufgefunden und nach Hause gebracht worden sei. Als Kind sei er aus einem ersten Stockwerk gefallen und bewußtlos nach Hause gebracht worden; auch später habe er noch Unfälle gehabt. Nach der Militärzeit sei es öfters vorgekommen, daß er nachts nicht schlafen konnte, eine innere Unruhe spürte; nach den Angaben der Angehörigen sei er nachts umhergegangen, wofür ihm nachträglich die Erinnerung fehlte. Im Anschluß an den von dem Bruder beschriebenen, vor seiner Militärzeit aufgetretenen nächtlichen Anfall sei er eine Zeitlang

krank gewesen, habe die Arbeit aussetzen müssen. Im Alter von 18 Jahren habe er eine Geschlechtskrankheit gehabt.

1903 sei ein plötzlicher Anfall mit danach mehrere Wochen lang bestehender Lähmung des linken Armes und linken Beines aufgetreten, auch das Sprechen sei eine Zeitlang erschwert gewesen; eine längere Zeit nach dem Anfall sei sein Gedächtnis schlecht gewesen. Seitdem habe er oft Beschwerden; anfallweise trete eine vorübergehende Schwäche im linken Arm und Bein auf. Im März 1913 sei er in der Haft in London bewußtlos niedergefallen, im Anschluß daran sei wieder die linksseitige Schwäche vorhanden gewesen; der letzte Anfall von linksseitiger Lähmung sei im Oktober in der Haft gewesen. Seit länger als 10 Jahren leide er mit wochenlangen Unterbrechungen an Kopfschmerzen, auch jetzt mitunter an stechendem Schmerz in der Herzgegend mit Beklemmungsgefühl. Sein Gedächtnis, seine Merkfähigkeit sei etwa seit 1905 nicht mehr so gut wie früher, er müsse sich jetzt immer Notizen machen.

In der Volksschule habe er leicht gelernt, aber keine Lust dazu gehabt. 2 Jahre habe er in Leipzig die Handelsschule besucht, seine kaufmännische Ausbildung bei seinem Onkel und in einer Generalagentur der Hamburg-Amerikanischen Paketfahrt-Gesellschaft erhalten. Mit seinen Familienangehörigen habe er öfter Differenzen gehabt. 1894 habe er geheiratet, habe 5 gesunde Kinder, mehrmals habe seine Frau zwischen den Geburten der Kinder Fehlgeburten gehabt.

Ausführlich schilderte er seine geschäftlichen Unternehmungen. 1888 bis 1892 sei er im Geschäft des Vaters tätig gewesen. Da er mit seinem Bruder oft in Streit geriet, habe er dann ein eigenes Fahrradgeschäft angefangen. Durch große Vertrauensseligkeit beim Einkauf und leichte Kreditgewährung beim Verkauf sei er in Schwierigkeiten gekommen, die zum Konkurs führten. In L. habe er dann nochmals ein neues Geschäft angefangen, auch bei diesem sei er wieder in Schwierigkeiten geraten. Etwa 1899 habe er angefangen, Geldgeschäfte zu machen. Zunächst habe er versucht, eigene Erfindungen, Patente pekuniär auszunutzen, unter anderem die Herstellung von Steinholz, die Durchführung von Marineschauspielen, von Unterseebahnen, ein Verfahren zur Übertragung von Druckbildern und Photographien, die Finanzierung einer elektrischen Schreibmaschine, eines pneumatischen Schreibapparates, eines Bierschnellbrauverfahrens, eines Schnellgerbverfahrens, einer neuen Drehbank, eines Mittels gegen Ausfluß der Frauen und vieler anderer Erfindungen. Bei diesen Unternehmungen habe er zum Teil Vorversuche auf eigene Kosten anstellen lassen, habe Reisen auf eigene Kosten unternommen. Manchmal habe es sich herausgestellt, daß die praktische Durchführbarkeit nicht so möglich war, wie sie gedacht war. Mitunter sei er mit den Erfindern in Differenzen geraten. Das Patent der Unterseebahnen habe er 10 Jahre aufrechterhalten, habe Gesellschaften gegründet zu seiner finanziellen Durchführung. Die Idee, die seinem Crédit mobilier zugrunde liegt, sei die, das auf Sparkassen



deponierte Geld dem Bankverkehr zugänglich zu machen, dieses Problem habe er theoretisch ausgearbeitet. Durch das Mißlingen seiner Pläne habe er viel Zeit verloren. Gescheitert seien sie an den Angriffen gegen ihn. Die Auskunftei Sch. habe ihn stets ganz falsch beurteilt, habe behauptet, daß seine Pläne nicht durchführbar wären, ohne es zu wissen. Die Auskunftei hätte ein Interesse daran, ihm zu schaden; er habe sie scharf angegriffen, habe ihr eine falsche Auskunft nachgewiesen.

Auch jetzt noch sei er von der finanziellen Durchführbarkeit vieler seiner bis jetzt erfolglos gebliebenen Pläne überzeugt. Er habe stets das Bestreben gehabt, viel Geld zu verdienen, auch andere Ziele scheinen ihm verlockend; so wären, wenn die Marineschauspiele gelungen wären, alle Beteiligten groß geworden, hätten außer dem pekuniären Erfolg Titel und Orden erhalten. Daß er die Baupläne, die er in Wien vorhatte, nicht durchgeführt habe, ärgere ihn heute noch; was ihn davon abgehalten habe, wisse er heute nicht mehr. Auch jetzt halte er sich für einen reichen Mann, wenn er auch augenblicklich kein Geld zur Verfügung habe. Er brauche nur zu bekommen, was ihm zustehe. In seinem Bergwerk M. stecke Kapital; die Ansichten der Sachverständigen seien über den Wert eben verschieden. Er habe jetzt eine Menge Zivilprozesse, von deren für ihn günstigem Ausgang sei er überzeugt.

Seine Beschuldigungen gegen das Gericht hält er weiter aufrecht. Bei der psychiatrischen Untersuchung kam heraus, daß bei K. jetzt eine ausgesprochene Neigung zu systematisierender Verknüpfung seiner unangenehmen Erlebnisse und deren kausalen Mißdeutungen besteht.

Der Untersuchungsrichter C. habe jetzt seine Sache nicht unparteiisch geführt. Er habe mit ihm nie etwas persönlich gehabt; dieser Richter habe ihn vielmehr persönlich immer sehr gut behandelt. Er glaube aber, daß C. durch den Untersuchungsrichter W. gegen ihn beeinflußt worden sei. In früheren Prozessen habe er mit diesem Differenzen gehabt. 1911 habe er von W. eine Vorladung erhalten, habe geschrieben, er sei krank und könne nicht kommen. Daraufhin habe der Untersuchungsrichter sein Hauspersonal darüber vernommen, ob er krank gewesen sei. Das habe ihn geärgert; er sei gleich, als er es erfahren hatte, aufs Gericht zu W. gegangen, habe ihn zur Rede gestellt und ihm ein paar Ohrfeigen angeboten. Für ihn liege eine Bestätigung für seine Annahme, daß Untersuchungsrichter C. beeinflußt worden sei, darin, daß er Anträge stellen konnte, wie er wollte, sie wurden abgelehnt. Daß er eine falsche Auffassung von den Paragraphen habe, sei ganz ausgeschlossen. Er habe die Erfahrung gemacht, daß ein Jurist immer den andern unterstützt. Die Richter hätten sich bestechen lassen, daß Verfahren gegen Personen eingestellt wurden; wären sie durchgeführt worden, so wäre er fein herausgewesen. Dieses wisse er aus Mitteilungen ihm befreundeter Richter, die er bis jetzt noch nicht verwertet habe, weil er die Herren nicht bloßstellen wolle. Als K. weiter über die Entstehung dieser Ansicht gefragt



wurde, erklärte er, aus Richterkreisen wisse er nur, daß die Voruntersuchungen gegen andere eingestellt wurden, um ihnen gefällig zu sein, und fügte dann hinzu: „die Schlußfolgerung liegt sehr nahe“, weil der eine Staatsanwalt von den betreffenden ein guter Freund sei. Im Leipziger Prozeß 1905 sei nachträglich das Protokoll gefälscht worden. Der Vorsitzende habe ein Interesse daran gehabt, alle Revisionsgründe aus dem Protokoll zu entfernen, damit sein Urteil nicht über den Haufen geworfen werde. Um seine Behauptung zu bekräftigen, erklärte K., er habe das Protokoll gelesen und sich nachher Notizen gemacht, ein Irrtum von ihm sei daher ausgeschlossen. Er habe damals eine Beschwerde ans Reichsgericht aufgesetzt, sei aber Tag und Nacht vom Gericht bearbeitet worden, sie zurückzunehmen, was er auch schließlich getan habe, weil man ihm Tag und Nacht keine Ruhe gelassen habe. Auf seine Beschwerden ans Ministerium gegen einen Richter sei entschieden worden, daß nur ein Versehen des Gerichtsschreibers vorliege; auch da könne er nur sagen, „ein Jurist stützt den andern“.

Daß seine weiteren Prozesse zu seinen Ungunsten entschieden werden, das werde den Herren nicht gelingen, seine Beweismittel ließen sich dieses Mal nicht beseitigen; er sei überzeugt, daß er freigesprochen werde. Er glaube, daß jetzt alles vom Untersuchungsrichter W. ausgehe. Er habe zu viel Erfahrungen gemacht mit dem Gericht; die ganze Treiberei gegen ihn sei schon in Leipzig losgegangen, „da greift eins ins andere“. Er habe überall Gegner, Auskunftei, Gericht, Polizei. In allem, was er machte, habe man eine betrügerische Absicht gesehen.

Von der Ehefrau des K. wurde uns angegeben, daß seine Neigung zu Mißtrauen hauptsächlich bei den gerichtlichen und geschäftlichen Angelegenheiten zum Ausdruck gekommen sei. Er sei stets ein lebenslustiger, vergnügter, sehr arbeitsamer Mensch gewesen, auch nachts habe er viel gearbeitet, sich mit der Ausarbeitung seiner vielen Geschäftspläne beschäftigt, manchmal habe er 3 bis 4 Nächte hintereinander kaum geschlafen. Kritiklos und leichtgläubig sei er bei seinen Unternehmungen und Geldverleihungen gewesen, habe seine geschäftliche Leistungsfähigkeit überschätzt. Trotz seiner Vielgeschäftigkeit und Arbeit habe er oft nicht so viel Geld gehabt, daß die Familie damit auskommen konnte. Er habe durch seine Unternehmungen viel Geld verloren, sei ausgenutzt worden von Andern. Über seine geschäftlichen Mißerfolge sei er stets leicht hinweggekommen, habe sie sich durch äußere Gründe zu erklären versucht, nie Einsicht für seine ungenügende Erfahrung in einzelnen Gebieten gehabt; gegen Einwendungen und Vorhaltungen seiner Angehörigen sei er abweisend und einsichtslos gewesen. Ein leicht erregbarer Mensch sei er stets gewesen; in den letzten 3 bis 4 Jahren habe sich jedoch eine Steigerung der affektiven Erregbarkeit und ein Nachlassen der Merkfähigkeit bemerkbar gemacht.

In der Art, wie K. seine geschäftlichen Beziehungen und Unterneh-

mungen schildert, wie er von seinen Vermögensangelegenheiten spricht, kommt zum Ausdruck, daß er fest überzeugt ist, eine bedeutende geschäftliche Begabung, Erfahrung und Leistungsfähigkeit zu besitzen. Immer wieder betonte er, daß er an der finanziellen Durchführbarkeit seiner Pläne nicht zweifle, daß er keine Bedenken gegen die Richtigkeit seiner theoretischen Ausarbeitung habe. Auf alle Einwände, die ihm bei der Untersuchung gemacht wurden, wußte er zu erwidern. Auch die Tatsache, daß er mit seinen Unternehmungen bis jetzt stets Mißerfolge gehabt habe, ist nicht geeignet, seine Überzeugung einzuschränken, seine Ansichten zu korrigieren. Den Widerspruch, der in dem Mißlingen seiner Unternehmungen und in seiner hohen persönlichen Einschätzung liegt, sucht er sich durch die Annahme zu erklären, daß die Ursache für das Mißlingen nicht in seiner Person, sondern in den äußeren Verhältnissen liege. Mit dem gleichen Ausdruck fester Überzeugung äußerte er seine Ansicht von dem pekuniären Wert seiner vollendeten Pläne, seine Erwartungen von dem Ausgang seiner Zivilprozesse und vor allem seine Beeinträchtigungsvorstellungen gegen Untersuchungsrichter und Gericht. Seine feste Überzeugung von einem für ihn günstigen Ausgang der Prozesse und von einer dadurch bedingten Besserung seiner Situation hat eine auffällige Sorglosigkeit gegenüber seiner Zukunft zur Folge. Dementsprechend war auch seine Stimmungslage während der klinischen Beobachtung und bei jeder Untersuchung.

Seine sprachliche Schilderung ist sachlich und zeigt nichts, das auf einen krankhaften Gedankenablauf hinweist. Intellektuelle Störungen bestehen nicht, auch Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit waren bei der Prüfung gut.

Die körperliche Untersuchung ergab folgenden Befund: K. ist mittelgroß, mittelkräftig, befindet sich in ausreichendem Ernährungszustand; sein Körpergewicht beträgt 65,5 kg. Die Herztöne sind leise, aber rein, der Puls zeigte hier in der Klinik nichts Abnormes. An Brust- und Bauchorganen wurden krankhafte Veränderungen nicht nachgewiesen. Der Harn war frei von Eiweiß und Zucker.

Die Pupillen sind mittelweit, gleich, reagieren gut auf Licht und bei Einstellung der Augen für die Nähe. Es besteht Kurzsichtigkeit. Der Augenhintergrund zeigt nichts Krankhaftes. Die Bewegungen der Augen, Gesichtsmuskeln und der Zunge sind ungestört. Eine Sprachstörung besteht nicht. Die Muskelspannung ist in Armen und Beinen normal, auf beiden Seiten gleich. Die Kraftleistungen sind gut; die geringe Differenz der Kraftleistungen des linken Armes gegenüber der des rechten liegt innerhalb des normalen Unterschiedes. Die Willkürbewegungen der Zehen sind links etwas schwerfälliger als rechts, sonst bestehen keine Bewegungsstörungen. Die Sehnenreflexe und Knochenhautreflexe der Arme rechts und links sind gleich. Die Bauchdeckenreflexe sind vorhanden. Die Kniesehnenreflexe und Achillessehnenreflexe sind vorhanden, gleich

auf beiden Seiten. Mehrmals wurde links der *Oppenheim*sche Zehenreflex beobachtet. Die Berührungs- und Stichempfindlichkeit der Haut sowie die Bewegungsempfindlichkeit in Finger- und Zehgelenken ist ungestört.

Die Reaktion des Blutes nach *Wassermann* war bei zweimaliger Untersuchung negativ, auch die gleiche Reaktion der Hirnrückenmarksflüssigkeit war negativ; in dieser wurde eine abnorme Vermehrung der Zellen nachgewiesen, ihr Eiweißgehalt war nicht erhöht.

Zusammenfassung und Gutachten. — Aus dem umfangreichen Aktenmaterial und dem Ergebnis der psychiatrischen Untersuchung geht hervor, daß bei K. eine abnorme psychische Konstitution vorliegt. Die wesentlichen Merkmale seiner psychischen Persönlichkeit sind sein abnormes Selbstbewußtsein und der abnorme Einfluß, den dieses in seinem Seelenleben hat. Es kommt das nicht nur zum Ausdruck in der Art seiner spekulativen Geschäftsunternehmungen und in seinen phantastisch großzügigen Plänen, die er in der Überzeugung von seiner Leistungsfähigkeit angefangen hat, sondern vor allem in seiner für derartig psychopathisch veranlagte Menschen charakteristischen Reaktionsweise auf Schwierigkeiten, die ihm bei der Betätigung im Sinne der abnormen Selbsteinschätzung entgegentreten.

Infolge seines abnorm hohen Selbstgefühls sieht er die Ursache für das Mißlingen seiner Unternehmungen nicht in seiner eigenen Person, sondern in den äußeren Verhältnissen, daher sind seine zahlreichen geschäftlichen Mißerfolge nicht geeignet gewesen, ihn in seiner kritiklosen Unternehmungslust zu hemmen. Einen gleich starken Einfluß hat die abnorme Betonung der Persönlichkeitsvorstellungen des K. auf seine Gedankengänge, die sich auf das jetzt schwebende und die früheren Strafverfahren beziehen. Die Akten und seine Angaben bei der Untersuchung in der Klinik enthalten reichliches Beweismaterial dafür, daß es in diesen Zusammenhängen bei ihm zu pathologischen Mißdeutungen gekommen ist. Eine Steigerung dieser abnormen psychischen Vorgänge liegt in der stark ausgeprägten Neigung zu systematisierender Verknüpfung seiner Erlebnisse und Mißdeutungen.

Aus seinen Schreiben geht deutlich hervor, wie sich bei ihm immer mehr und mehr die Überzeugung unrechtmäßiger Behandlung durch das Gericht ausgebildet hat, wie sie immer stärker in den Vordergrund seines Bewußtseins getreten ist, wie der Kreis der damit verbundenen Vorstellungen immer größer geworden und wie es schließlich zu Mißdeutungen früherer unangenehmer Erlebnisse gekommen ist. Bei der abnorm starken Affektbetonung seiner Beeinträchtigungsvorstellungen genügt die Tatsache, daß er mit seinen vielen Beschwerden an das Gericht immer wieder abgewiesen wird, zu der Schlußfolgerung, daß die Richter gegen ihn gestimmt seien, daß sie ihn absichtlich benachteiligen wollen, daß ein Richter durch den andern dazu veranlaßt sei, weil er nicht gegen seine Kollegen handeln



wolle. Die pathologische systematisierende Verknüpfung seiner in gleicher Weise unangenehmen Erlebnisse kommt hierin klar zum Ausdruck.

Das Pathologische liegt nicht darin, daß K. als Angeschuldigter sich unrechtmäßig benachteiligt fühlt, sondern es liegt in der Intensität, mit der die Benachteiligungsvorstellungen sein Seelenleben beherrschen; erst diese führt zur Ausbildung der paranoischen Denkweise, die wir bei K. jetzt finden.

Es handelt sich hier nicht um eine paranoische Geisteskrankheit, sondern um die charakteristische Reaktionsweise eines psychopathischen, paranoisch veranlagten Menschen auf äußere Schwierigkeiten. Daher sehen wir auch, daß mit der Haft und mit der Fortdauer der Haft die paranoischen Erscheinungen immer stärker zum Ausdruck kommen.

Differentialdiagnostisch war zu erwägen, ob vielleicht eine manische Erkrankung mit paranoischen Symptomen vorliegt; das ist aber nach dem Ergebnis der Untersuchung nicht anzunehmen.

Daß die psychopathische Veranlagung des K. nicht etwa erst jetzt während der schwebenden Strafverfahren zum Ausdruck gekommen ist, sondern daß sie schon in der Jugend vorhanden war und in Erscheinung trat, geht aus den Aussagen seines Vaters und Bruders hervor, und wird weiter bestätigt durch das Zeugnis des Dr. St. über das Benehmen des K. in der Zeit von 1894 bis 1898. Weitere, wenn auch andersartige Symptome psychopathischer Veranlagung sind bei dem Angeschuldigten der von seinem Bruder angeführte nächtliche Anfall mit daran anschließender Gesundheitsstörung. Auch seine eigenen Angaben, daß er als größeres Kind und noch später eine Zeitlang an Bettnässen gelitten habe, daß er nach Angabe seiner Angehörigen somnambule Zustände gehabt haben soll, weisen nach den ärztlichen Erfahrungen auf psychopathische Veranlagung hin. Es erscheint uns daher nicht zweifelhaft, daß die psychopathische Veranlagung des K. schon in der Jugend zum Ausdruck gekommen ist; seine wohl vorhandene gute intellektuelle Veranlagung spricht nach psychiatrischen Erfahrungen nicht dagegen.

Das Vorkommen von Geistesstörungen bei den Verwandten seiner Eltern und die zum Teil schon in der Kindheit erlittenen Unfälle mit anschließender Bewußtlosigkeit können vielleicht in ursächlicher Beziehung zur abnormen psychischen Veranlagung stehen.

K. hat nun ferner, wie auch ärztlich von Dr. S. bestätigt wird, seit 1903 Anfälle gehabt, die mit einseitigen Lähmungen einhergegangen sein sollen. Nach dem Zeugnis des Dr. S. von 1905 ist anzunehmen, daß diese organisch bedingte Anfälle waren. Der jetzt beobachtete linksseitige *Oppenheim*sche Zehenreflex und die Erschwerung der Bewegung der linken Zehe sind als ein Rest einer organischen Störung im Nervensystem anzusehen. Auch die Vermehrung der Zellen in der Hirnrückenmarksflüssigkeit weist auf pathologische organische Vorgänge im Nervensystem hin. Wie diese Anfälle klinisch zu deuten sind, hat sich jetzt nicht entscheiden lassen.



Auf körperlichem Gebiet wurden ferner abnorm leise Herztöne festgestellt, die mit dem früher konstatierten Herzleiden zusammenhängen werden.

Für die Frage der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit des K. ist zu berücksichtigen, daß die Zeichen psychopathischer Veranlagung bei ihm sehr schwerwiegende sind, und der große Einfluß, den die Merkmale dieser Veranlagung, das abnorme Selbstgefühl und die paranoische Denkrichtung, auf seine Handlungsweise ausüben. Die abnormen psychischen Erscheinungen sind bei ihm so hochgradig, daß sie einer Geistesstörung im Sinne des § 51 StGB. gleich zu erachten sind.

Wir geben daher unser Gutachten dahin ab, daß der Angeschuldigte K. sich zur Zeit der Begehung der ihm zur Last gelegten strafbaren Handlungen im Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit, durch den die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war, befunden hat.

Vom 19. 4. 14 bis 20. 7. 14 war K. in der Irrenanstalt Herzberge und vom 20. 7. 14 bis 1. 5. 15 in der Landesirrenanstalt Landsberg a. W. Die Aufnahme in die Anstalt erfolgte auf polizeiliche Anordnung. K. betrieb durch Beschwerde beim Polizeipräsidenten und Eingaben an den Minister seine Entlassung. Gegen ablehnenden Bescheid des Oberpräsidenten strengte seine Ehefrau, die als Pflegerin eingesetzt war, die Klage beim Oberverwaltungsgericht an. Mit Zustimmung der Polizei wurde K. aus der Anstalt entlassen. — Am 10. 5. 16 kam er auf Aufforderung zur Nachuntersuchung in die Klinik. Nach Angabe der Ehefrau hat sich sein Zustand nicht geändert. Regelmäßige Arbeit hat K. nicht, zurzeit bearbeitet er eine Prozeßsache einer kaufmännischen Firma. Er selbst führt eine Anzahl Zivilprozesse, die sich schon lange hinziehen. An seinen früher geäußerten Beeinträchtigungsvorstellungen hält er auch jetzt fest. Er glaube auch heute noch, daß seine Sache nicht unparteiisch geführt werde, daß der Untersuchungsrichter C. gegen ihn sei. Er hat sich mit diesem Urteil abgefunden, keine weitere Konsequenzen daraus gezogen, seine Beeinträchtigungsvorstellungen auch nicht weiter ausgedehnt. Wie zur Zeit der Beobachtung vor zwei Jahren ist auch jetzt seine Grundstimmung eine sorglose Euphorie. Das Schwächegefühl im linken Arm und Bein soll auch jetzt noch zuweilen auftreten. Bei der körperlichen Untersuchung fand sich auch jetzt linksseitiger *Oppenheim*scher Reflex, sonst aber nichts Pathologisches.

Daß sich das psychische Bild dieses Mannes von der zuerst beschriebenen Erkrankung des L. wesentlich unterscheidet, ergibt sich aus dem Gutachten. Während der Querulantenwahn in dem ersten Falle eine im höheren Lebensalter einsetzende und wieder abheilende Krankheit darstellt, ist hier der Symptomenkomplex vom Charakter des Queru-



lantenwahns eine besondere Phase in dem Leben eines von jeher durch sein psychisches Verhalten auffällig gewordenen Menschen.

Bei L. konnten wir die Diagnose einer manischen Verstimmung mit paranoischen Symptomen stellen. Zweifellos bestehen auch bei K. manche pathologischen Züge, die an Eigenarten manischer Kranken erinnern. Sein abnormes Selbstbewußtsein, seine renommistischen Prahlereien, seine Vielgeschäftigkeit, seine phantastischen, spekulativen Unternehmungen, seine Unbelehrbarkeit durch zahlreiche geschäftliche Mißerfolge, seine durch nichts beeinflußbare Sorglosigkeit gegenüber seiner Situation und seiner Zukunft, alles das sind psychische Eigentümlichkeiten, die wir gerade bei manischen Kranken finden, sie haben aber nicht den Wert klinischer Elementarsymptome, die zur Diagnose manischer Erkrankung oder manischer Konstitution zwingen. Immerhin werden wir uns der Überzeugung nicht ganz entziehen können, daß in der Charakteranlage des K. Elemente enthalten sind, die in dem Boden endogener manischer Veranlagung wurzeln. Dem Komplex der manischen Elementarsymptome, der Ideenflucht, der assoziativen Ablenkbarkeit, dem erleichterten Ablauf der motorischen Reaktionen und der euphorischen Stimmung stehen die erwähnten Charaktereigentümlichkeiten jedenfalls recht nahe. Die Tatsache, daß sie von Jugend an in Erscheinung getreten sind und sich durch das ganze Leben hindurchziehen, gibt keinen Anlaß, ihre manische Grundlage zu leugnen.

Trotzdem können wir das psychische Charakterbild des K. nicht als manisches bezeichnen, denn mit der Annahme einer chronisch-manischen Konstitution ist es nicht geklärt und nicht erschöpft. Neben den Charaktereigenarten, die manischer Natur sein können, treten bei ihm noch psychopathologische Erscheinungen anderer Grundlage hervor. Neben dem abnorm hohen Selbstbewußtsein mit Neigung zu kritikloser Überschätzung der persönlichen Fähigkeiten besitzt K. eine große Leichtigkeit, sich im Sinne dieses Selbstgefühls einer Situation anzupassen, sich in sie einzuleben und sich aktiv in ihr zu betätigen. Er erinnert in dieser Beziehung an pathologische Schwindler, die eine große Fähigkeit des Anpassens und Einlebens in die Situation haben. Die Art, wie K. im Geschäftsverkehr auftrat, seine zahlreichen, zum Teil phantasti-



schen Finanz- und Erfinderprobleme erscheinen geradezu als ein Produkt von Pseudologia phantastica. Die Symptome organischer Grundlage, die 1903 zuerst aufgetreten sein sollen, scheinen keinen Einfluß auf die psychischen Erscheinungen gehabt zu haben.

Wir sehen so in der psychopathischen Konstitution des K. nebeneinander Elemente, die wir als manische auffassen können, und andere, die wir als charakteristische Eigenarten der pathologischen Schwindler kennen. Die Verbindung und Vermischung dieser pathologischen Grundzüge ist die hauptsächlichste symptomatologische Differenz, die das psychische Bild des K. gegenüber dem auf der Grundlage der hypomanischen Konstitution entstandenen Krankheitsbild des L. aufweist. Andere auffällige Differenzen zwischen den beiden Fällen haben demgegenüber untergeordnete Bedeutung. Der zeitlich umgrenzte Verlauf der Erkrankung bei L. und die chronische Dauer des abnormen Zustandes bei K. können nicht als zwei nosologisch verschiedene Momente angesehen werden, wenn in beiden Fällen manische Elemente nachweisbar sind. Wir werden hier in der durch den Verlauf gegebenen Differenz ebensowenig einen nosologischen Unterschied sehen können, wie wir einen solchen zwischen akuter manischer Erkrankung und dauernder manischer Konstitution annehmen.

Ähnlich unserem Patienten K. ist der eine der von *Heilbronner* [1]) beschriebenen Fälle von Querulantenwahn. *Heilbronner* weist ausdrücklich auf die Beziehungen seiner Patientin zu dem pathologischen Lügner hin und sieht in diesen Beziehungen eine Bestätigung seiner Anschauung, daß der habituelle Zustand seiner Kranken ein hysterischer ist. Auf der Grundlage dieses habituellen Zustandes sollen sich die Wahnvorstellungen entwickelt haben. Unter den von *Siefert* [2]) beschriebenen Geistesstörungen der Strafhaft scheinen einzelne Fälle der paranoischen Form Charakterzüge pathologischer Lügner zu haben, während der von *Köppen* [3]) als Querulantenwahn bei einem Entarteten beschriebene Fall eine manisch-paranoische Erkrankung bei einem manisch-depressiv veranlagten Menschen zu sein scheint. Der Kranke

[1]) *Heilbronner*, Hysterie und Querulantenwahn. Ztrlbl. f. Nervenhlk. u. Psych. 1907.

[2]) *Siefert*, Über die Geistesstörungen der Strafhaft. Halle a. S. 1907.

[3]) *Köppen*, Querulantenwahnsinn bei einem Entarteten. Charité-Annalen 1895.



hat mehrmals Depressionen mit depressiv-hypochondrischem Gedankeninhalt und andern charakteristischen Symptomen gehabt.

Die Feststellung, daß sich das paranoische Krankheitsbild des Querulantenwahnes auf dem Boden der psychopathischen Konstitution des Individuums entwickelt hat, genügt nicht, um alle diese Fälle zu einer klinischen Gruppe zusammenzufassen und sie von andern, bei denen eine pathologische Grundlage vor der Erkrankung nicht hervorgetreten ist, als klinische Sonderheit abzutrennen, denn der Vergleich der Fälle zeigt, daß das Symptomenbild des Querulantenwahnes sowohl bei transitorischer manisch-paranoischer Erkrankung wie auch auf dem Boden der chronisch manischen oder manisch-depressiven Konstitution vorkommt. Mit den Symptomen der endogenen manisch-depressiven Erkrankung kommen, wie wir wissen, häufig Symptome anderer pathologischer Grundlage, namentlich hysterische, vor. Bei unserem Patienten K. haben wir die keineswegs vereinzelte Beobachtung machen können, daß mit Charaktereigentümlichkeiten manischer Art solche der pathologischen Schwindler kombiniert sind.

Wieviel Vermischung von Symptomen verschiedener Pathogenese dazu beiträgt, daß einzelne Fälle von Querulantenwahn als klinisch verschiedenartige Krankheitsbilder erscheinen, wird sich ohne eingehende Untersuchung und Vergleichung einer größeren Zahl Kranker nicht entscheiden lassen. Zu berücksichtigen ist, daß Unterschiede in der Intensität des Affektes und der Affektreaktionen gerade bei paranoischen Zuständen auf die Gestaltung des Symptomenbildes von großem Einfluß sind; die Wahnbildung und die Wahnhandlungen stehen in enger Beziehung zur Affektintensität. Nur der genaue Vergleich einer größeren Zahl von Patienten wird hier zum Ziel führen. In den Fällen, in denen es nicht gelingt, die psychopathologischen Erscheinungen hinsichtlich ihrer nosologischen Bedeutung zu klären, wird man sich mit der Unmöglichkeit, die pathologische Grundlage des Querulantenwahns zu bestimmen, zunächst einmal abfinden müssen. Die Diagnose des Querulantenwahns ist keine Krankheits-, sondern eine Zustandsdiagnose. Die nosologische Klärung der Fälle von Querulantenwahn wird erschwert durch die Seltenheit, mit der diese Krankheitsbilder zur psychiatrischen Untersuchung und Beobachtung kommen und durch den dadurch verursachten Mangel an ausreichendem, einheitlich beobachtetem Vergleichsmaterial.



Die Weiterentwicklung weiblicher Pflege auf Männerabteilungen der Irrenanstalten, mit besonderer Berücksichtigung der im Königreich Sachsen gemachten Erfahrungen.

Von

Oberarzt Dr. **Arnemann**, Hubertusburg.

Unter dem Titel: „Über weibliche Pflege auf der Männerabteilung der Königlich Sächsischen Heil- und Pflegeanstalt Zschadraß bei Colditz" hat im Herbst 1914 der damalige Direktor dieser Anstalt, der jetzige vortragende Rat im Königlichen Ministerium des Innern, Herr Geheimer Medizinalrat Dr. *Hösel* eine größere Arbeit veröffentlicht [1]). In derselben berichtet er über die Erfahrungen, welche er seit dem Jahre 1913 gemacht hat, d. h. seitdem in Zschadraß grundsätzlich und in größerem Umfange die Pflege der männlichen Kranken weiblichen Personen übertragen wurde.

Um sein Unternehmen von vornherein nicht zu gefährden, war er mit der Auswahl der Kranken sehr vorsichtig vorgegangen. Es wurde zunächst ein Haus für hinfällige und sieche Kranke, ein Haus für ruhige Männer der Pensions- und der oberen Verpflegklasse und ein Haus für ruhige arbeitende Kranke der unteren Klasse zur Schwesternpflege herangezogen. Auch bei der Auswahl des weiblichen Personals wurde mit der größten Vorsicht verfahren und dabei der Grundsatz aufgestellt: Das beste Personal der Frauenabteilung ist gerade gut genug.

Da der erste Versuch in jeder Beziehung gelang, wurden allmählich immer mehr Häuser in den Bereich des neuen Systems gezogen, vor allem Häuser mit halbruhigen und sicherungsbedürftigen Kranken. Schließlich waren von den 12 Krankengebäuden der Männerabteilung mit 500 Betten 9 Gebäude mit einer Bettenzahl von 300 unter weiblicher Krankenpflege; lediglich unter Männerpflege standen je ein Haus für unruhige Männer der unteren und oberen Verpflegklasse und die Aufnahme- und Wachabteilung (Bettenzahl 200).

[1]) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. XXVII, 2.



Hösel hat nun eingehend geschildert, welche Vorteile das neue System hat und welche Bedenken dagegen geltend gemacht werden können, er hat dann dargelegt, in welcher Weise die Durchführung mit Erfolg möglich ist, und er kam zu der Erkenntnis, daß die weibliche Fürsorge auf Männerabteilungen nicht bloß möglich ist, sondern daß sie eine Verbesserung darstellt, geradezu eine Wohltat für die Kranken. Als erfreuliche Nebenerscheinung ergab sich, daß auch auf wirtschaftlichem und finanziellem Gebiet Nutzen erzielt wurde. *Hösel* faßte seine Erfahrungen in die Worte zusammen: „Alles in allem erscheint die Einführung des Systems als ein überaus empfehlenswertes Hilfsmittel der Irrenpflege, und der Verf. kann nur wünschen, daß die Verpflegart größere Ausdehnung und Anwendung, und zwar nicht bloß auf den Siechenabteilungen, erfahren möchte."

Zu diesem Wunsche veranlaßte ihn ganz besonders auch das Resultat einer Umfrage, welche er im Juni 1914 an sämtliche öffentliche Irrenanstalten Deutschlands und Österreichs mit Ausnahme des Königreichs Sachsen gerichtet hatte. Aus den eingegangenen Antworten war zu ersehen gewesen, daß wohl hie und da bei siechen oder hinfälligen oder körperlich kranken Männern weibliches Personal eingestellt war, daß auch an einzelnen Anstalten die wohl in der Hauptsache wirtschaftliche Oberaufsicht in weiblichen Händen lag, daß aber eine grundsätzliche Einführung des Systems im großen nur an den Kliniken zu München, Würzburg und Kiel stattgefunden hatte.

Bei der Niederschrift seiner oben erwähnten Anregung hat *Hösel* wohl kaum geahnt, daß sein Wunsch sehr bald in Erfüllung gehen würde, und wenn nicht der Weltkrieg ausgebrochen wäre, würde es sicher sehr, sehr lange Zeit gedauert haben, bis sein bahnbrechendes Vorgehen in größerem Umfange Nachahmung gefunden hätte. Aber der Wegfall zahlreicher männlicher Pflegepersonen bei der Mobilmachung versetzte alle Anstaltsdirektionen in die Notwendigkeit, Ersatz zu schaffen. Daß die Frau im allgemeinen die in Männerberufen entstandenen Lücken vielfach in überraschender Weise voll ausgefüllt hat, ist bekannt, besonders aber hat es sich gezeigt, daß das weibliche Element im Irrenpflegedienst auf Männerabteilungen gut abgeschnitten hat, ja, daß es sich so bewährt hat, daß wohl in Zukunft in vielen Anstalten mindestens ein großer Teil der Männerabteilungen dauernd weiblichem Pflegepersonal anvertraut werden wird.

Wie einschneidend und umwälzend der Krieg gewirkt hat, zeigt eine Durchsicht der irrenärztlichen Jahresberichte; eine kleine Auslese mag das beweisen.

Die Anstalt Herborn, welcher in den ersten 5 Tagen von ihren aus-



gebildeten 57 Pflegern nur 14 verblieben, und die später auch von diesen noch einen Teil verlor, berichtet: „Es wurden zuerst aushilfweise ruhige Kranke zur Pflege mit herangezogen, außerdem meldeten sich, da bei Kriegsausbruch hier fast alle Fabriken den Betrieb aufgaben oder einschränkten, zahlreiche militärfreie Personen als Pfleger. Leider waren diese nur zum kleinsten Teil brauchbar, und die wenigen brauchbaren gingen meist wieder ab, zum Teil freiwillig zur Kriegskrankenpflege, zum Teil in die industriellen Werke, als nach einigen Wochen die hiesigen Fabriken sich auf Heereslieferungen einrichteten, unter Zahlung hoher Löhne den Betrieb wieder aufnahmen und immer weiter verstärkten. Es entstand dadurch ein fortwährender Wechsel des Personals, der bis zum Schluß des Berichtsjahres (1914) trotz aller Ausschreibungen von Pflegerstellen in Zeitungen und trotz der Bemühungen, Kriegsbeschädigte zum Pflegerdienst heranzuziehen, zu keinem befriedigenden Abschluß gebracht werden konnte." Aus der Anstalt Emmendingen (Baden) wird über die Aushilfwärter geschrieben, welche sich aus den Kreisen der nicht oder noch nicht Militärpflichtigen sich meldeten: „Der Wechsel war groß, es war im ganzen eine sehr minderwertige Hilfe." Aus der Anstalt Sachsenberg (Mecklenburg) heißt es: „Der Ersatz durch angenommene Hilfskräfte blieb dauernd nach Quantität und Qualität ungenügend." Die Jahresberichte dieser und mancher anderer Anstalten erwähnen nichts davon, daß man auf weibliche Pflege zugekommen wäre, die meisten Anstalten melden das aber.

Aus der Anstalt Schleswig (Stadtfeld), welche aushilfweise beurlaubte Soldaten und außerdem Wärterinnen angestellt hatte, wird über das zweite Kriegsjahr berichtet: „Die Einstellung beurlaubter Soldaten hat sich auf die Dauer nicht bewährt und mußte größtenteils wieder aufgegeben werden. Der einzige Ausweg war, noch mehr Wärterinnen auf der Männerseite zu beschäftigen. Die Zahl solcher stieg von 19 auf 28. Wesentliche Übelstände sind dabei nicht hervorgetreten." In der neuen Anstalt bei Konstanz, welche erst im Oktober 1913 eröffnet worden war, wurden von 54 Wärtern 44 eingezogen; „es galt zunächst die Wärter zum Teil zu ersetzen, die in den ersten vier Tagen hatten einrücken müssen. Einige Werkmeister, ein Torwart versahen Wärterdienst, 12 Wärterinnen (später 10) wurden auf die ruhige männliche Aufnahmeabteilung und die Siechenabteilungen versetzt, Aushilfwärter wurden angenommen. Mit der Pflege der männlichen Kranken durch Wärterinnen haben wir recht gute Erfahrungen gemacht, natürlich sind daneben noch Wärter notwendig. Nach und nach stellten wir 24 Aushilfwärter ein, doch hatten wir immer Schwierigkeiten, diese Zahl voll zu bekommen, besonders später, als immer mehr Leute eingezogen wurden, die Industrie sich wieder hob und sehr hohe Löhne draußen gezahlt wurden. Es war andauernd außerordentlich viel Wechsel, teils, weil viele der Angestellten noch nachträglich zum Militär eingezogen wurden, teils weil manche alsbald wieder kündigten

oder ihnen gekündigt werden mußte.“ In Dalldorf war „der Wechsel bei dem neu eingestellten Personal ungemein groß. Es erwies sich auch nur zum Teil als für den Pflegedienst geeignet. Die fehlenden männlichen Kräfte wurden auf sämtlichen Männerhäusern mit Ausnahme des vorwiegend für verbrecherische Geisteskranke bestimmten Hauses 5 durch Pflegerinnen ersetzt; ihre Leistungen sind im allgemeinen durchaus befriedigend gewesen. In Hamburg (Friedrichsberg) „wurde zum Ersatz der zum Kriegsdienst eingezogenen Wärter auf mehreren Männerabteilungen Wärterinnenpflege eingeführt, die sich gut bewährt hat.“ Die Anstalt Eglfing (Oberbayern) berichtet: „Die teilweise Verwendung von Pflegerinnen auf den Wachabteilungen für ruhige, überwachungsbedürftige und für pflegebedürftige Männer und auf der Pensionärabteilung hat keine Schwierigkeiten ergeben; nur in wenigen, einzelnen Fällen mußten Kranke auf Stationen mit nur männlichem Personal verlegt werden.“ Die Anstalt Lüben (Schlesien) hat mit der Annahme von männlichen Hilfswärtern ziemlich ungünstige Erfahrungen gemacht, sie hat für Stationen der Männerabteilung, welche als geeignet angesehen wurden, auch Pflegerinnen eingestellt, aber nur in beschränktem Umfange (8), und sie urteilt: „Ungünstige Erfahrungen haben wir mit diesem Notbehelf nicht gemacht.“ In Stephansfeld „ging die Einstellung jugendlicher oder ungelernter älterer Pfleger nicht ohne Mißstände ab, die weiblichen Pflegekräfte auf der Männerabteilung haben sich hingegen durchaus bewährt“. In Leubus (Schlesien) „hat die Verwendung von Pflegerinnen auf Männerabteilungen keine nennenswerten Schwierigkeiten ergeben, nur in wenigen vereinzelten Fällen mußten Kranke auf Abteilungen mit männlichem Personal verlegt werden“. Das Urteil der Anstalt Lindenhaus bei Lemgo (Lippe) lautet über das Jahr 1914: „Es mußten auf Männerabteilungen und selbst im Außendienst Pflegerinnen verwendet werden. Die großen Anforderungen, welche sich aus dieser Verwendung ergaben, haben die Pflegerinnen mit unermüdlichem Eifer und musterhafter Pflichttreue erfüllt“, und über das Jahr 1915 heißt es: „Die Beschaffung des Ersatzes für die eingezogenen Pfleger ist immer schwieriger geworden. Die Verwendung der Schwestern auf Männerabteilungen mußte daher bis zu den äußersten Möglichkeiten ausgedehnt und durchgeführt werden. Die Schwestern haben in dieser ungewohnten und zum Teil sehr schweren Pflege Vortreffliches geleistet.“ Im St.-Jürgen Asyl zu Ellen (Bremen) wurde der Ausfall zum Teil durch Schwestern und durch Frauen der verheirateten Pfleger mit gutem Erfolg gedeckt. In der Anstalt Langenhagen (Hannover) „wurden an Stelle der zum Heeresdienst eingezogenen Wärter 51 Hilfswärter eingestellt, von denen 31 wieder entlassen werden mußten. Da diese nur zum geringsten Teil zuverlässig und arbeitswillig waren, haben wir, so schreibt der dortige Direktor, auf mehreren Männerabteilungen Wärterinnen eingestellt, die sich so gut bewährt haben, daß wir



sie auch nach Ablauf des Krieges auf einigen dieser Abteilungen beizubehalten gedenken. Unter den Hilfswärtern befanden sich auch 5 Kriegsbeschädigte, die sich leider nicht immer durch glühenden Trieb zur Arbeit auszeichneten und zum Teil in ausgiebigster Weise von den Rentenbeziehungsvorstellungen beherrscht wurden." Aus der Provinz Hannover liegt nun noch vom Direktor einer andern Anstalt, Osnabrück, ein Urteil über die zukünftige Bewertung der Pflege durch Wärterinnen vor, welches von dem eben erwähnten abweicht; es lautet: „Die Erfahrungen, die wir mit der letztgenannten Einrichtung gemacht haben, sind hier im ganzen durchaus günstig gewesen. Trotzdem kann ich mich für die spätere Beibehaltung dieser Einrichtung, die vereinzelt schon früher und jetzt noch mehr empfohlen wird, nicht erwärmen."

Man sieht also, daß die durch den Krieg auferlegte Notlage die verschiedenartigsten Wege zur Abhilfe einschlagen ließ. Meist waren zunächst männliche Aushilfskräfte eingestellt worden, wo und wie man ihrer habhaft werden konnte: Torwärter, Werkmeister und andere Angestellte wurden herangezogen, ruhige Kranke, beurlaubte Soldaten, Kriegsbeschädigte, Fabrikarbeiter usw. wurden verwendet, aber meist waren mit allen diesen Leuten recht schlechte Erfahrungen gemacht worden. Trotzdem sind einzelne Anstalten nicht dazu übergegangen, weibliches Personal einzustellen, wenigstens ist in den betreffenden Jahresberichten nichts davon erwähnt. Das mag vielleicht lokale Gründe haben, und daß es solche lokale Gründe geben kann, ist nicht von der Hand zu weisen. Das war auch schon bei der Rundfrage zutage getreten, welche *Hösel* vor Kriegsausbruch im Juni 1914 veranstaltet hatte.

Eine Universitätsklinik hatte z. B. berichtet, daß sie nur deshalb keine weibliche Pflege auf Männerabteilungen eingeführt habe, weil es bis dahin noch nicht gelungen sei, eine Schwesternschaft zur Abgabe geeigneter Kräfte ausfindig zu machen. Und eine Provinzialanstalt hatte damals geschrieben: Die Einführung weiblicher Pflege auf Männerabteilungen sei vor Jahren angestrebt worden, aber die örtlichen Verhältnisse hätten damals keine andere Lösung gestattet, als daß die Ordensschwestern, welche seit Eröffnung der Anstalt dort Dienst bei Frauen taten, die Männerpflege mit übernommen hätten. Der Orden sei aber dafür nicht zu gewinnen gewesen, und eine andere Art weiblicher Pflege auf Männerabteilungen hätte noch nicht ermöglicht werden können, so wünschenswert sie auch erscheine.

Abgesehen von wenigen Ausnahmen haben aber die allermeisten



deutschen Irrenanstalten den Versuch gemacht, weibliche Kräfte einzustellen, und wenn man jetzt nach dem Beispiel *Alts* bei seinen Veröffentlichungen über die Familienpflege die Namen aller dieser Anstalten auf einer Landkarte eintragen würde, so würde diese Karte im Vergleich zur Zeit vom Juni 1914 eine wesentliche Veränderung darbieten. Damals hätte außer den 3 Kliniken von München, Würzburg und Kiel mit ihrem relativ geringen Krankenbestand als einzige Anstalt, welche in größerem Umfang weibliche Pflege bei männlichen Geisteskranken eingeführt hatte, die Anstalt Zschadraß verzeichnet werden können; daneben kamen noch 2 sächsische Anstalten mit den Anfängen des neuen Systems in Frage. Jetzt aber würde die ganze Landkarte in allen Bundesstaaten mit Namen übersät sein.

Eine Anzahl Anstalten registrieren die Einführung der weiblichen Pflege nur als Tatsache im Jahresbericht, ohne ein Urteil abzugeben, andere erwähnen, daß keine Unzuträglichkeiten vorgekommen sind, eine größere Zahl sprechen sich mit wenigen Worten günstig aus, aber man vermißt in den Jahresberichten nähere Mitteilungen über die Durchführung des Systems im einzelnen und über etwaige Fehlschläge und Schattenseiten. Für die praktische Psychiatrie ist aber die Entscheidung der Frage wichtig, ob man die ganze Einrichtung im Frieden beibehalten soll, oder ob man sie bloß als einen Notbehelf während des Krieges anzusehen hat.

Da ist es nun sehr zu begrüßen, daß vor einiger Zeit zwei Aufsätze veröffentlicht worden sind, welche sich eingehender mit den in Rede stehenden Verhältnissen beschäftigen.

Starlinger, welcher über seine Erfahrungen in der niederösterreichischen Landesanstalt Mauer-Oehling berichtet [1]), erwähnt zunächst, daß in den niederösterreichischen Landesanstalten weibliche Kräfte von jeher Verwendung gefunden hätten, indem die Frauen der Traktpfleger, welche mitten unter den Kranken wohnten, jederzeit als Pflegerinnen Dienst getan hätten, selbst auf den schwersten Abteilungen. Er schreibt: „Da konnte man nicht selten sehen, wie aufgeregte Paralytiker oder andere schwer lenkbare Elemente durch die Frau oft weit leichter zu lenken und zu pflegen waren, als durch Männer. Der Verf. dieser Zeilen hat nicht selten Gelegenheit gehabt, zu sehen, daß ein aufgeregter Kranker, der kaum oder nur schwer von mehreren Pflegern gebändigt werden konnte, dem

[1]) Psych.-neurol. Wschr. Nr. 11/12, 1916/17.

gütigen und liebevollen Zuspruch der Traktpflegersgattin willig gefolgt ist." Dann geht er auf die Bedenken ein, welche gegen die allgemeine Verwendung von Pflegerinnen bei männlichen Geisteskranken vorgebracht werden, und zu denen besonders gehören: sexuelle Angriffe von seiten der Kranken, geringere Eignung der Pflegerinnen für professionelle Arbeiten, das Schlafen der Pflegerinnen unter den Kranken und die geringere Eignung derselben bei aufgeregten und namentlich verbrecherischen Kranken. Er gibt zu, daß die Frau auf den Abteilungen mit gewalttätigen Kranken wenig ihren Platz ausfüllen kann: „Dort, wo unter Umständen die grobe Kraft zur Anwendung kommen muß, dort, wo die männliche Kraft und Energie schon imponieren und als ein gewisser Beruhigungsfaktor fungieren muß, dort wird die Frau auch späterhin kaum den Mann ersetzen können." Aber nach seiner Ansicht sind die übrigen Nachteile nicht so beschaffen, daß sie sich nicht größtenteils vermeiden ließen, er bezeichnet es hierbei indessen für erstrebenswert, daß auf einem und demselben Pavillon nur ein Geschlecht von Pflegepersonen zur Verwendung kommt. Nach seinen Wahrnehmungen empfiehlt er schließlich die Beibehaltung weiblicher Pflegekräfte in gewissem Umfange auch für die Zeit nach dem Kriege, namentlich für das Lazarett der Irrenanstalt, für Siechenabteilungen und zum Dienst als Extrapflegerin, es erscheint ihm ferner gar nicht so unmöglich, daß professionelle Verrichtungen von Frauen versehen werden, wenn sich hierzu geeignetes Personal finden läßt, namentlich bei landwirtschaftlichen Arbeiten der Männer, da ja die Frau auch jetzt schon für diese Arbeiten bei den weiblichen Gruppen verwendet wird. Eine weitere Ausdehnung der weiblichen Pflege erscheint ihm davon abhängig zu sein, ob es gelingen wird, für die Schlafgelegenheiten des Pflegepersonals eine ausgiebige Vorsorge zu treffen.

Die zweite Arbeit stammt von *Epstein* [1]), dem Direktor der ungarischen Staatsheilanstalt in Budapest-Angyalföld, er ist in der Verwendung von weiblichen Kräften wesentlich weiter gegangen. Bereits vor dem Kriege hatte er sich mit der Absicht getragen, auf einzelnen Abteilungen weibliche Hilfskräfte zum Pflegedienste bei männlichen Geisteskranken heranzuziehen, er schritt deshalb bei Kriegsbeginn schnell zur Tat und verlor nicht die Zeit mit vielem Überlegen und Erheben der verschiedensten Bedenken. Auch er ging anfangs tastend und behutsam vor, da aber die gemachten Wahrnehmungen durchaus günstig waren, ist die Einstellung von Pflegerinnen immer flotter vor sich gegangen, und so steht jetzt dort schon seit langer Zeit auf sämtlichen Abteilungen der Männerseite weit überwiegend weibliches Pflegepersonal in Verwendung. Denn die weibliche Pflege hat sich nicht nur als ausreichend gezeigt, sondern in vielen Beziehungen war sie besser als die frühere männliche, nicht nur bei den siechen und den aus verschiedenen andern Gründen bettlägerigen Kranken, sondern auch auf den

[1]) Psych.-Neurol. Wschr. Nr. 2619, 1916/17.

Wachabteilungen, den Abteilungen für Unruhige und im Bade: ferner wird die Stellung eines Traktpflegers durch eine Pflegerin gut ausgefüllt, auch die Nachtwache im Wachsaal für Ruhige und Halbruhige wird zur Zufriedenheit besorgt. Für die Nachtwache hatte der Verf. anfangs die Pflegerinnen nicht zu verwenden gewagt, aber mit den für diesen speziellen Dienst angenommenen Aushilfpflegern waren die kläglichsten Erfahrungen gemacht worden, es waren ganz unglaubliche Elemente hereingekommen, welche in keiner Weise zu brauchen waren und infolge ihrer Unbrauchbarkeit ein fortwährendes Kommen und Gehen verursacht hatten. Daß mit der weiblichen Pflege auf Männerabteilungen gewisse Nachteile verbunden seien, gibt *Epstein* zu, jedoch meint er, daß dieselben keinen ernsten Charakter hätten. Der Verkehr zwischen Pfleger und Pflegerinnen führte zwar gelegentlich zu Reibereien, diese waren aber nicht dem System, sondern eher der Unverträglichkeit der betreffenden Personen zuzuschreiben. Andrerseits wurden im Verkehr zwischen weiblichen Pflegepersonen mit männlichen Kranken Tändeleien und Liebeleien gelegentlich beobachtet, diese waren jedoch nach der Ansicht des Verf. den besonderen Zeitverhältnissen, dem Kriegszustande, zur Last zu legen, da es sich um „Marssöhne" handelte, von denen diese Beziehungen ausgingen. Sexuelle Angriffe wurden allerdings gelegentlich unternommen, meist aber von Paralytikern, und zumeist in unschuldiger Form, nur ein einziger Kranker ist während der kurzen Zeit seiner manischen Erregung auf Pflegerinnen wiederholt losgestürmt. Angriffe anderer Art fanden auch statt, jedoch eher seltener als auf das männliche Personal, u. a. erhielt eine ahnunglos dastehende Pflegerin einen überaus heftigen Faustschlag ins Gesicht, der eine Hirnerschütterung zur Folge hatte, aber dieselben unliebsamen Vorkommnisse können sich beim männlichen Personal ebensogut ereignen und sprechen keineswegs gegen die weibliche Pflege im allgemeinen. *Epstein* kommt daher ebenfalls zu dem Schluß, daß die Beibehaltung und sogar die weitere Ausgestaltung der weiblichen Pflege auf Männerabteilungen auch nach dem Kriege gerechtfertigt sei, andrerseits stellt er sich teilweise in Gegensatz zu *Starlinger*, wenn er wünscht, „daß überall dort, wo es nur angeht, ausschließlich weibliches Pflegepersonal den Dienst versehe, dort aber, wo die physische Kraft und das energische Eingreifen des Mannes nicht entbehrt werden kann, neben den Pflegern auch Pflegerinnen verwendet werden, damit die beschwichtigende, mildernde Einflußnahme des weicheren, liebevolleren weiblichen Elements nicht gerade auf den meist gefährdeten Abteilungen, dort, wo sie am dringendsten nottut, fehle; die Paarung des Strengen mit dem Zarten, des Starken mit dem Schwachen gibt hier sicher einen guten Klang."

Abgesehen von den erwähnten beiden ausführlichen Mitteilungen sind dem Verfasser während des Krieges keine eingehenden Berichte über diese Frage bekannt geworden, wohl aber existieren



einige wenige ausländische Arbeiten über dieses Thema aus früherer Zeit, von denen nur zwei erwähnt sein mögen.

In der livländischen Anstalt Stackeln liegt, wie im Jahre 1910 *Behr* [1]) schreibt, die Pflege der Männer seit der im Jahre 1907 erfolgten Eröffnung des Betriebes in weiblichen Händen und hat sich außerordentlich bewährt. Es ist nur die Einrichtung getroffen, daß die unsozialen und gewalttätigen Männer von männlichen und weiblichen Pflegekräften gemeinsam gewartet werden. In den Abteilungen, in welchen Pfleger und Pflegerinnen zusammen pflegen, haben die männlichen Pfleger folgende Aufgaben: 1. das weibliche Personal gegen Überfälle und Angriffe zu schützen, 2. spezifische Handleistungen (z. B. Klystiere) auszuführen, 3. das Dauerbad zu besorgen und 4. die Nachtwache zu versehen.

Besondere Beachtung verdient dann noch eine ausführliche Arbeit, welche von *Hermann* [2]), dem Direktor der Irrenanstalt des Gouvernements Orel in Rußland, im Jahre 1908 veröffentlicht worden ist, und welche die Verwendung von weiblichem Personal in der weitgehendsten Weise empfiehlt. In den russischen Irrenanstalten war seinerzeit bei Ausbruch des russisch-japanischen Krieges der gleiche Mangel unter dem männlichen Pflegepersonal eingetreten, wie jetzt bei uns infolge des Weltkrieges. Man war dort schon im Frieden vielfach mit den Leistungen des Personals wenig zufrieden gewesen, und darum wurde der schon vorher geplante Ersatz der Männer durch weibliche Pflegekräfte mit Beschleunigung durchgeführt. Auch dort ging man anfangs mit Umsicht und Vorsicht vor, es wurden die ältesten, erfahrensten und besten Krankenwärterinnen aus den Frauenabteilungen herausgesucht. In den ersten Tagen zeigte sich allerdings auf den Abteilungen eine ziemlich große Unruhe, die Kranken sprangen aus den Betten, schrien, gehorchten nicht, verweigerten die Nahrung, weil sie sie nicht aus den Händen von Wärterinnen nehmen wollten, aber nach einigen Tagen war alles ruhig. Die Kranken hatten sich daran gewöhnt, sie hatten begriffen, daß die Wärterinnen zur Pflege da seien. Der höfliche, milde Verkehr derselben mit den Kranken, ihr teilnahmvolles Verhalten diesen gegenüber hatte auch das Verhalten der Kranken geändert, sie begannen zu gehorchen. Das weibliche Dienstpersonal wurde mit den Kranken, sogar mit stark erregten und sehr unruhigen, sehr gut fertig. Die ganze Abteilung bekam ein weit besseres Aussehen, überall fielen Ordnung und Sauberkeit auf, die Pflege der Kranken wurde weit besser, die Behandlung mild, höflich, fürsorglich, so daß die Kranken seltener Veranlassung hatten, sich aufzuregen, die Zusammenstöße der Kranken untereinander sowie deren Tätlichkeiten wurden weit seltener und weniger intensiv. Die von manchen russischen Psychiatern befürchteten Mängel stellten sich in der Praxis nicht ein, namentlich hatte

[1]) Psych.-Neurol. Wschr. Nr. 41, 1910.

[2]) Ztschr. f. Krankenpflege 1908, Bd. XXX, Nr. 5—7.



die Anwesenheit von Frauen durchaus keine sexuelle Aufregung zur Folge, und es konnte das weibliche Dienstpersonal selbst in den Abteilungen mit den unruhigsten Kranken seinen Dienst zur Zufriedenheit versehen. Schließlich haben sich nach den Angaben *Behrs* die Ärzte und das übrige Personal so an die Tatsache in Orel gewöhnt, daß sie eine gewöhnliche Erscheinung geworden ist und sie sich etwas anderes gar nicht mehr denken können. Zur Erklärung für die günstigen Beobachtungen erinnert er daran, daß das weibliche Personal im allgemeinen weit geduldiger ist, sich besser beherrscht, ein ausgesprocheneres Mitleidsgefühl besitzt als der Mann, und infolge dieser Eigenschaften weit leichter die Launen, das Schreien, die Unruhe und die Tätlichkeiten der Kranken erträgt; ferner, daß die unsauberen Kranken bei den Frauen kein Ekelgefühl hervorrufen, weil sie schon von der Kinderpflege her daran gewöhnt sind, und wie er weiter ausführt, liegt im Gegensatz zur Frau dem Mann im allgemeinen der Pflegeberuf nicht, weil er Selbstaufopferung fordert und vieles verlangt, was dem Manne direkt mißfällt, darum liebt er ihn nicht und gibt ihn verhältnismäßig leicht wieder auf, sobald sich andere Erwerbsmöglichkeiten bieten.

Im nachstehenden sei es nun gestattet, einen weiteren Beitrag zu der in Rede stehenden Frage zu liefern durch einen Bericht über die Verhältnisse im Königreich Sachsen.

Hier haben wir die seit über 25 Jahren bestehende, aber in den Kreisen der Fachkollegen immer noch ziemlich wenig bekannte Einrichtung des evangelischen Schwesternhauses zu Hubertusburg, welche uns bei der Ein- und Durchführung des neuen Systems zu großem Segen gereichte. Die Gründung derselben erfolgte am 1. Oktober 1888, als man das Unzulängliche des damaligen Pflegewesens erkannt hatte. Die Wünsche, welche erfüllt werden sollten, lauteten: „Weniger Wechsel der Pflegekräfte! Mehr Verständnis und mehr Herz für die Kranken!" Die Gründung der Organisation war ein wichtiger Schritt in der Geschichte der Krankenpflege, denn zum ersten Male waren miteinander vereint: Staatsdienst und religiöse Gemeinschaft. Man fing an, Pflegerinnen auszubilden für alle sächsischen Heil-, Pflege- und Erziehungsanstalten, und zwar werden seitdem Mädchen im Alter von 18—35 Jahren angenommen, sie erhalten halbjährigen theoretischen Unterricht, machen einen zweijährigen Hilfsdienst durch, erhalten dann Staatsanstellung und werden kirchlich eingesegnet. Die Einrichtung hat sich außerordentlich bewährt und hat uns sächsischen Psychiatern seit Jahren manche Sorgen und manchen Verdruß

erspart, den wir nur aus den Jahresberichten der außersächsischen Irrenanstalten kennen. Anfang Januar 1917 standen ca. 700 Schwestern in Arbeit.

Auf diese Schwesternschaft konnten nun während des Krieges die sächsischen Anstalten zurückgreifen, und sie wurden darin durch den verdienstvollen Leiter des Schwesternhauses, Herrn Kirchenrat *Naumann*, in der denkbar entgegenkommendsten Weise unterstützt. Von vornherein wurden von seiner Seite nicht die geringsten prinzipiellen Bedenken gegen die Verwendung der Schwestern auf Männerabteilungen geltend gemacht, und im einzelnen blieb es daher den Anstaltsdirektoren vollständig überlassen, Erfahrungen zu sammeln und auf Grund der Erfahrungen die Grenzen festzustellen, innerhalb welcher das neue System in Zukunft beibehalten werden könne.

Vor allem wurde auch die Einführung der Schwesternpflege infolge der in Zschadraß gemachten günstigen Erfahrungen vom Königlichen Ministerium des Innern gefördert.

In manchen sächsischen Landesanstalten, namentlich in solchen, welche bei Kriegsbeginn fast ihr gesamtes männliches Personal verloren hatten, wurden, ebenso wie in andern Gegenden Deutschlands, männliche Aushilfkräfte angenommen, aber auch hier wurden, wie fast überall, die allertraurigsten Erfahrungen gemacht. Die meisten Anstalten gingen sehr bald zur weiblichen Pflege über. Gedruckte Mitteilungen liegen über die Erfahrungen noch nicht vor, da die sächsischen Jahresberichte über die Kriegsjahre erst später erscheinen werden, aber durch persönliche Umfrage hat Verf. Nachrichten erhalten, und außerdem sind ihm in sehr dankenswerter Weise vom Schwesternhaus diejenigen Berichte zur Verfügung gestellt worden, welche von den Schwesternheimvorstehern der verschiedenen Anstalten im Einverständnis mit den Direktionen erstattet worden sind. Aus denselben ist folgendes bemerkenswert.

Bereits Ende 1913 wurden in Großschweidnitz 6 weibliche Pflegepersonen (5 Schwestern und 1 Hilfswärterin) zur männlichen Pflege verwendet, auch in der Anstalt Sonnenstein waren es 6 (5 Schwestern und 1 Hilfswärterin), während es in Zschadraß schon 23 (11 Schwestern und 12 Hilfswärterinnen) waren.

Ende 1914 waren in Arnsdorf bei 267 Kranken 14 weibliche Pflegekräfte (11 Schwestern und 3 Hilfswärterinnen) tätig, jedoch ist bei dieser Krankenzahl in Arnsdorf zu berücksichtigen, daß auf einigen Abteilungen



außer Schwestern auch Pfleger bzw. Hilfswärter mit tätig waren; in Großschweidnitz waren es bei 198 Kranken 24 (11 Schwestern und 13 Hilfswärterinnen, in Sonnenstein bei 84 Kranken 14 (10 Schwestern und 4 Hilfswärterinnen).

Mitte Januar 1917 lauten die Zahlen wie folgt. In Arnsdorf bei 290 Männern 28 (21 Schwestern und 7 Hilfswärterinnen), in Dösen bei 338 Männern 39 Pflegerinnen, in Großschweidnitz bei 181 Männern 35 (20 Schwestern und 15 Hilfswärterinnen), in Hubertusburg bei 124 Männern 18 (15 Schwestern und 3 Hilfswärterinnen), in Sonnenstein 20 (13 Schwestern und 7 Hilfsschwestern; dort waren auf einigen Abteilungen auch Pfleger tätig), in Untergöltzsch bei 67 Männern 9 (4 Schwestern und 5 Hilfswärterinnen) und in Zschadraß bei 233 Männern 32 (15 Schwestern und 17 Wärterinnen; dazu kommen noch 6 Wärterinnen, welche aus Mangel an Pflegern nur zur Hausarbeit auf solchen Häusern verwendet werden, die von Pflegern besetzt sind). — Ergänzend sei bemerkt, daß in der Anstalt Colditz, welche verbrecherische und schwer unsoziale Kranke aufnimmt, keine Versuche gemacht wurden, in der Epileptikeranstalt Hochweitzschen ist weibliche Pflege nur bei Kindern eingeführt[1]), dagegen sind in der der Strafanstalt zu Waldheim angegliederten Anstalt für verbrecherische Geisteskranke 3 Wärterinnen zur Zufriedenheit tätig.

Übereinstimmend wird berichtet, daß in den sächsischen Anstalten die gemachten Erfahrungen gute, zum Teil sehr erfreuliche waren, und daher wird überall beabsichtigt, die neue Einrichtung auch nach dem Kriege beizubehalten. Alle Anstalten wollen den Umfang der Schwesternpflege später abhängig machen von der Zahl der zurückkehrenden Pfleger. Die Anstalt Großschweidnitz glaubt etwa 100 Kranke dauernd unter Schwesternpflege stellen zu können, und in Arnsdorf wird wahrscheinlich das neue System in sämtlichen Abteilungen mit Ausnahme derjenigen für hochgradig Unruhige beibehalten werden. Für die Bäder wird fast allgemein die Verwendung von Pflegern empfohlen, dagegen werden die Nachtwachen dort, wo es unbedenklich erscheint, von Schwestern geleistet. Die namentlich im Anfang fast überall beobachtete wenig freundliche Stellungnahme der Pfleger gegenüber der Schwesternpflege scheint in der Hauptsache überwunden zu sein, aus Großschweidnitz wird aber berichtet, daß diese Stellungnahme auch jetzt noch nicht ganz behoben ist. Von besonderen Vorkommnissen sei erwähnt, daß ein als geheilt

[1]) Seit einem halben Jahr auch bei Erwachsenen. Die Einrichtung hat sich auch hier gut bewährt und ihre Beibehaltung erscheint gesichert (Anm. bei der Korr.).



entlassener Kranker, ein Geistlicher, sich dahin ausgesprochen hat, daß die Schwesternpflege für ihn eine starke Hilfe zu seiner Genesung gewesen sei. Andrerseits ist ein schwerer Unglücksfall vorgekommen, indem eine Schwester von einem Kranken durch Stiche schwer verletzt wurde.

Was speziell die Einführung des neuen Systems in der Anstalt Hubertusburg betrifft, so ist darüber folgendes zu berichten.

Der Verfasser dieser Zeilen, welcher als ärztlicher Leiter der Männerabteilung tätig ist, hatte schon lange vor Kriegsbeginn im Einvernehmen mit der hiesigen Anstaltsdirektion beabsichtigt, einen Versuch mit weiblicher Pflege zu machen. Bei der Einberufung der ersten Pfleger zum Militär wurde daher in Hubertusburg überhaupt nicht der Versuch gemacht, männliche Ersatzkräfte einzustellen, und wir haben unser Vorgehen, wie gleich von vornherein gesagt werden kann, durchaus nicht zu bereuen gehabt. Ganz ähnlich wie in Zschadraß stand auch bei uns das männliche Personal den ganzen Vorbereitungen mit ziemlichem Mißtrauen gegenüber; es fürchtete von den Schwestern aus seinen Stellungen gedrängt zu werden. Natürlich waren solche Befürchtungen vollständig gegenstandlos, denn im Königreich Sachsen sind die Pfleger genau so organisiert wie die Schwestern, sie werden im Pflegerhaus zu Hochweitzschen ausgebildet, machen 2 Jahre Dienstzeit als Hilfspfleger durch und werden dann mit Staatsdienereigenschaft angestellt. Dieser Einrichtung verdanken wir, daß wir ein brauchbares und seßhaftes Personal haben, und es ist selbstverständlich gar nicht daran zu denken, daß den Pflegern ihre Lebensstellung genommen werden kann, nur wird voraussichtlich bei der auch in Zukunft zu erwartenden Bewährung der weiblichen Kräfte die Neueinstellung von Pflegern in geringerer Zahl notwendig sein als bisher. Natürlich wurden die Pfleger aufgeklärt, aber eine volle Beruhigung ist erst ganz allmählich eingetreten, anfangs hatten die Belehrungen, wie sich immer wieder zeigte, nur vorübergehenden Erfolg, ebenso die Mahnungen der verständigen Elemente unter den Pflegern selbst. Jedenfalls wurde viel Stimmung gegen das neue System gemacht, und es wurde alles mögliche versucht, den Kranken „die Abteilung mit Damenbedienung“ zu verleiden. Es mußte deshalb besonderer Wert darauf gelegt werden, daß der erste Versuch nicht etwa fehlschlug, und deshalb wurden zur Besetzung der ersten Abteilung möglichst gute

Pflegerinnen ausgewählt. Hierbei muß auch der hiesigen Frauenabteilung die Anerkennung ausgesprochen werden, daß sie jederzeit in uneigennütziger Weise ihre guten Kräfte abgegeben hat.

Zunächst wurde ein Pavillon mit 31 männlichen Kranken den Schwestern anvertraut, und zwar kamen dahin unter 3 Schwestern und 2 Hilfswärterinnen sieche und hinfällige Kranke, außerdem noch Halbruhige. Vom ersten Tage an hatten die Pfleger keinerlei Dienst mehr auf der Abteilung, auch die Nachtwache wurde sofort von den Schwestern und Wärterinnen übernommen. Und es ging alles ganz vortrefflich. Die von vornherein erwartete Verbesserung im ganzen Aussehen der Station trat sofort ein, Ordnung, Reinlichkeit und Behaglichkeit hielten ihren Einzug. Die Pfleger hatten sich, wie ohne weiteres anerkannt werden muß, die größte Mühe gegeben, das Haus in gut gereinigtem Zustand zu übergeben, aber es zeigte sich auch hier, daß ihnen die Kritik ihres Reinlichkeitbegriffs von seiten der Schwestern nicht erspart bleiben sollte. Die Stationsschwester begann nach der gründlichen männlichen Reinigung ein großes Scheuerfest, das nach ihrer Ansicht sehr notwendig war, konnte sie doch u. a. bei der Reinigung eines im Dachgeschoß gelegenen Garderoberaumes dem Arzt auf einer Kehrichtschaufel eine Menge „Schlamm“ zeigen, den sie durch Aufweichen altehrwürdigen Schmutzes gewonnen hatte. Allerdings muß hierbei erwähnt werden, daß gerade diese Schwester als die scheuerwütigste bekannt war: man erzählte sich von ihr, daß sie seit Jahr und Tag aus der eigenen Tasche Seife gekauft hätte, wenn sie nicht genug von der Wirtschaftsverwaltung geliefert erhielt. Einen besonderen Kummer bereitete der Stationsschwester der Zustand der männlichen Kleidungsstücke, überall hatte seit längerer Zeit die ausbessernde Hand bei kleinen und großen Defekten gefehlt, nur das Allernotwendigste war ausgebessert worden, und daher sprach sie die Ansicht aus, daß sie wohl erst nach Jahr und Tag die Garderobe in leidlichen Zustand würde versetzen können.

Die Kranken selbst äußerten sehr bald ihre große Zufriedenheit mit dem Wechsel des Systems; manche, die infolge der vorausgegangenen Beeinflussung durch die Pfleger nur mit Widerstreben sich hatten versetzen lassen, erklärten nach einigen Monaten, daß sie nicht wieder zu den Pflegern zurück möchten, und die intelligenteren machten dabei geltend, sie hätten eingesehen, daß die Pflegerinnen wirklich pflegten



und ihrem Namen Ehre machten, und daß sie weniger an Urlaub, Freizeiten, Vereinsangelegenheiten, Standesorganisation u. a. dächten als das männliche Personal. In ihren freien Stunden lasen die Schwestern den Kranken vor, oder sie spielten mit ihnen Salta, Halma usw., und man konnte beobachten, daß sie aus manchen Kranken, welche bereits als geistige Ruinen erschienen, noch manches herausholten, was nicht zu erwarten war, die betreffenden wurden geistig regsamer, und so kam es z. B., daß ein Kranker, welcher monatelang im katatonischen Stupor dagesessen oder gelegen hatte, jetzt auf einmal recht gut Dame spielte. Als der Verfasser gelegentlich einmal über diese Dinge in der ärztlichen Konferenz sprach und lobend erwähnte, daß sich die Schwestern sehr mit den Kranken abgeben, erwiderte ein Arzt der Frauenabteilung: „Solche Mühe haben sich aber die Schwestern nicht gegeben, solange sie bei den Frauen waren.“ Das ist allerdings richtig, andrerseits aber auch erklärlich. Wie sich nämlich aus den Äußerungen der Schwestern ergeben hat, arbeiten sie viel lieber auf Männerabteilungen und bitten darum, sie nicht wieder zu den Frauen zurückzuversetzen. Denn auf sämtlichen Männerabteilungen geht es zunächst durchschnittlich ungleich ruhiger zu als auf den entsprechenden Frauenabteilungen, außerdem aber führen auch auf relativ ruhigen Frauenabteilungen die Patientinnen oft recht gemeine Reden, sie spucken die Schwestern an, raufen sie mit Vorliebe an den Haaren, setzen den Anordnungen heftigen Widerstand entgegen und haben für deren Tätigkeit häufig nur verächtliche Kritik übrig; von den Kranken der höheren Verpflegklassen werden die Schwestern nicht selten in nicht gerade schöner Weise als Untergebene behandelt. Ganz anders sind die Männer, sie sind viel leichter lenkbar und vor allem wesentlich dankbarer, sie schätzen die Leistungen der Schwestern, die ihnen das Gefühl der Behaglichkeit verursachen, und sprechen ihnen rückhaltlos ihre Anerkennung aus für all die kleinen Hilfen, Aufmerksamkeiten und Annehmlichkeiten, welche ihnen geboten werden.

2 Monate nach der Belegung der ersten Station wurde dann ein offenes Haus mit 35 männlichen Insassen, welche zum größten Teil in der Landwirtschaft tätig waren, unter Schwesternpflege gestellt. Auch vor der Besetzung dieser Abteilung setzte die männliche Agitation wieder ein, und es wurde behauptet, daß angeblich zahlreiche Kranke den Wunsch geäußert hätten, bei den Pflegern bleiben zu

dürfen. Zum Teil gingen die Kranken auch wirklich ungern und mit Mißtrauen in die neuen Verhältnisse über, aber sehr bald gaben sie spontan zu erkennen, wie wohl sie sich fühlten. Von den anfangs in Aussicht genommenen Kranken wurde nur ein einziger vom Verfasser bei den Pflegern gelassen, weil er in sehr beweglichen Worten darum gebeten hatte, jedoch schon nach einer Woche kam er, um anschaulich zu berichten, daß er sich überzeugt habe, wie schön es nun seine früheren Kameraden hätten, und wie sehr er es bedaure, nicht mit umgezogen zu sein. Er mußte erst noch eine Zeitlang die vorher verschmähte Wohltat entbehren, dann aber wurde ihm als Weihnachtsgeschenk die Versetzung in Schwesternpflege beschert. Wie hoch diese Kranken aber die Veränderung einschätzen, läßt sich u. a. aus der Äußerung eines Patienten erkennen, welcher erklärte: „Ich komme mir jetzt vor, als wenn ich verheiratet wäre." Und gerade das in diesem Ausspruch hervorgehobene Moment des familiären Lebens, auf welches Verf. weiter unten noch ausführlicher zu sprechen kommen wird, stellt einen gar nicht hoch genug zu bewertenden Vorzug der weiblichen Pflege auf Männerabteilungen dar.

Es sind dann in der Folgezeit, entsprechend den Einberufungen der Pfleger, weitere Stationen unter weibliche Pflege gestellt worden, so daß am 31. Dezember 1916 im ganzen 124 geisteskranke Männer unter der Pflege von 15 Schwestern und 3 Hilfswärterinnen standen. Und wenn in der hiesigen Anstalt nicht eine relativ große Anzahl von Pflegern noch zur Verfügung stände, weil wir ziemlich viel ältere, nicht mehr militärpflichtige Pfleger haben, so würde die Schwesternpflege nach den bisherigen günstigen Erfahrungen schon längst einen weit größeren Umfang erreicht haben. Aber auch bei der letzten vorgenommenen Erweiterung konnte man erkennen, mit welchen gemischten Gefühlen das Unternehmen von der Pflegerschaft betrachtet wird. Als nämlich an einem einzigen Tage wieder 3 Pfleger zum Heeresdienst einberufen wurden, erklärte das Oberpflegepersonal ganz spontan, daß trotz des Wegfalls dieser 3 Pfleger der gesamte Dienst vollständig aufrechterhalten werden könnte, und daß irgendwelcher Ersatz nicht nötig sei. Wenn unter andern Verhältnissen plötzlich 3 Pfleger hätten weggenommen werden sollen, dann wären die allergrößten Bedenken geäußert worden, aber im vorliegenden Fall erklärte man sich gern zu

Mehrleistungen bereit; der durchsichtige Grund war natürlich der, die weitere Ausbreitung der weiblichen Pflege zu verhindern.

Die Organisation ist nun so getroffen, daß sämtliche Abteilungen der Männerseite, welche unter weiblicher Pflege stehen, einer Oberschwester untergeordnet sind, und da die Pfleger keinerlei Dienst mehr auf diesen Abteilungen tun, sind alle Reibereien zwischen männlichem und weiblichem Personal vermieden worden. Andrerseits sind hier niemals Liebeleien und Tändeleien zwischen dem Personal und den Kranken zur Beobachtung gekommen. Daß dieselben nicht ganz zu vermeiden sind, ist sicher und wird durch einige in anderen Anstalten gemachte Wahrnehmungen bewiesen. So soll es nach Mitteilungen des Schwesternhauses vorgekommen sein, daß eine Schwester auf dem Wege des Mitleids eine zu große Vertraulichkeit an den Tag gelegt hat, die zunächst zu Bevorzugung und schließlich zur Liebelei führte.

Es wurden alle Arten von Kranken ausgewählt mit Ausnahme der Unruhigsten, der schwer Gewalttätigen und sexuell Erregten, und nirgends haben sich erhebliche Nachteile herausgestellt. Zwar ist es ganz selten vorgekommen, daß eine Rückversetzung wünschenswert erschien, aber nie hat es sich ereignet, daß der Anwesenheit von weiblichem Personal die Schuld an einem auftretenden Erregungszustand beigemessen werden mußte. Ferner haben sich keinerlei Mißstände dadurch ergeben, daß in der hiesigen Anstalt die Abteilungen meist nicht Einzelpavillons darstellen, sondern viele derselben in einem einzigen Gebäude, dem alten Hubertusburger Schloß, sich befinden. Auch hier, wo die Treppenhäuser für die mit männlichem und weiblichem Personal besetzten Abteilungen gemeinsam sind, ist alles glatt gegangen.

Das Personal schläft grundsätzlich nicht unter den Kranken, sondern in besonderen Zimmern, welche so gelegen sind, daß dasselbe im Fall der Not von der Nachtwache zu Hilfe geholt werden kann. Nachts sind Sitz- und Wandelwachen eingerichtet, welche ausschließlich von den Schwestern und Hilfswärterinnen geleistet werden, nur im Anfang, bei der Einführung des neuen Systems auf einer Abteilung für Halbruhige im Schloß, war eine Zeitlang der Wachtdienst von Pflegern versehen worden. Der Dienst bei den Bädern wird ebenfalls vom weiblichen Personal versehen und hat weder von seiten der Kranken noch von seiten der Schwestern zu Beschwerden Veran-



lassung gegeben, vielmehr ist allgemein beobachtet worden, daß sich alles ruhiger und glatter abwickelt als früher. Doch möchte ich nicht behaupten, daß gerade diese Frage mit der hier gemachten Erfahrung endgültig entschieden ist. Eine Anzahl von Kranken, welche zur Außenarbeit oder zur Beschäftigung in die Werkstätten geht, ist während der Arbeitzeit unter Aufsicht der Pfleger, es sind aber auch schon einzelne kleine Gruppen unter Anleitung von Wärterinnen draußen tätig gewesen, namentlich gilt das von den erwachsenen Idioten. Auf diese hat übrigens der Übergang in weibliche Pflege ganz besonders günstig gewirkt. Früher war auf der Idiotenabteilung den ganzen Tag viel Geschrei und Unruhe, die Kranken waren unter dem scharfen, militärähnlichen Regiment der Pfleger meist auffallend gereizt und durchaus nicht an Reinlichkeit und geordnetes Wesen, viel weniger an irgendeine Tätigkeit zu gewöhnen. Alles das ist anders geworden, sie haben durch die milde Hand und die große Geduld der Schwestern die Reizbarkeit und die Neigung zur Unsauberkeit und zu allerhand üblen Gewohnheiten verloren, sie spielen Ball, beschäftigen sich mit Baukästen und andern Spielen und gehen zum Teil einer leichten Arbeit nach.

Nebenbei sei noch bemerkt, daß am 1. Oktober 1915 das der hiesigen Anstaltsdirektion unterstehende Landeshospital, in welchem außer körperlich hinfälligen auch recht viel geistesschwache Männer untergebracht sind, in weibliche Pflege überging. Es werden dort zurzeit 31 Männer von 4 Schwestern und 1 Hilfswärterin verpflegt, und sie schätzen, wie das nicht anders zu erwarten war, den Wechsel ganz außerordentlich hoch.

Sehr interessant und für die Beurteilung der ganzen Frage wertvoll ist es nun, auch die Ansichten der beteiligten Kranken etwas ausführlicher zu hören, natürlich soweit sie überhaupt zur Abgabe eines einigermaßen brauchbaren Urteils fähig erscheinen.

Zunächst möchte ich hier das Urteil eines Patienten wiedergeben, welcher zuerst lange Zeit die männliche Pflege kennen gelernt hat, dann den Übergang in weibliche Pflege mitmachte und unter derselben jetzt noch, nach 2¼ Jahren, steht. Er litt draußen an alkoholischen Eifersuchtsideen mit Neigung zu Erregungszuständen, ließ aber im übrigen, abgesehen von tabischen Erscheinungen, kaum Krankheitsymptome erkennen. In der Anstalt besserte sich sein Zustand sehr bald so weit, daß schon seit langer Zeit nur noch ein schwacher Residualwahn nachweisbar ist. Er-



läuternd möchte ich zu seinen Angaben bemerken, daß der Kranke ein intelligenter Mann ist, der aber nur einfache Bildung besitzt, er hat eine kleine Gastwirtschaft mit Hausschlächterei betrieben, gegen das straffe militärische Wesen im allgemeinen ist er durchaus nicht eingenommen, er war mit Lust und Liebe Soldat, auch im ersten Dienstjahre, kapitulierte und war etwa 4 Jahre Bursche bei einem Hauptmann. Seine Angabe machte er mir gegenüber in einer einzigen längeren Unterhaltung, auf welche er in keiner Weise vorbereitet war, und ich gebe seine Äußerungen wörtlich wieder, auch mit den in ihnen enthaltenen gelegentlichen Übertreibungen. Bemerkenswert erscheint mir besonders, daß er imstande war, das, was er sagen wollte, in treffende Worte zu fassen. Er sprach sich über den Unterschied zwischen männlicher und weiblicher Pflege nach meiner Niederschrift folgendermaßen aus.

„Die Pflege des Mannes bleibt fabrikmäßig, geschäftlich, maschinenmäßig. Was ihm dienstlich vorgeschrieben ist, macht er, aber mehr nicht. Vielfach merkt man ihm an, daß er seine Arbeit ungern tut, namentlich wenn er kleine Wünsche eines Kranken erfüllen soll. Wer feinfühlig ist, merkt das wohl, und man sagt dann lieber nichts, wenn man Wünsche hat, man unterdrückt sie. Nicht alle Pfleger sind so, wie ich sage, es gibt auch Ausnahmen, aber viele sind doch so. Wenn man als Kranker in die Anstalt hereinkommt, so denkt man, das Fabrikmäßige, das ist nun einmal so hier, und das muß wohl so sein, aber wenn man dann die Schwesternpflege kennen gelernt hat, merkt man den Unterschied und sieht ein, daß es die Ärzte gar nicht so haben wollen, wie es die Pfleger machen, d. h. so kasernen- und fabrikmäßig, sondern daß die Pflege auch familiär gehandhabt werden kann. Ich hatte den Eindruck bei den Pflegern, als wäre hier kein Krankenhaus, sondern ein Aufbewahrungshaus, eine Internierung. Abends ½8 Uhr heißt es: „Ins Bett, 5 Minuten Zugabe gibt es nicht“, die Pfleger halten sich an den Buchstaben der Anordnung, eine Gefälligkeit gibt es nicht, denn die Pfleger haben ihre Familie und haben dafür Interesse, sie sind froh, wenn sie mittags und abends nach Hause gehen können. Schon 10 Minuten vorher denken sie nur: „Heim, heim“, und von da an wird kein Finger mehr krumm gemacht, und wenn bei einem Kranken noch etwas zu tun ist, so überlassen sie am liebsten die Arbeit ihrem Nachfolger, aber die Schwestern sind immer da, und sie unterziehen sich auch allen Arbeiten sofort und bereitwillig, infolgedessen bekommen die Kranken auch viel weniger Dekubitus als bei den Pflegern. Bei den Schwestern heißt es nicht, so und so ist es vorgeschrieben und keine Idee anders, sondern da wird dem Kranken möglichst viel Freiheit gelassen, so viel, als die Schwestern verantworten können, und vor allem wird auf die einzelne Person Rücksicht genommen und auf seinen augenblicklichen Zustand. Man merkt ihnen an, sie wollen den Kranken zufriedenstellen und ihm Freude bereiten, auch wenn sie dadurch etwas mehr zu tun bekommen. Die Folge ist, daß alles auf der Abteilung besser

geht, es herrscht mehr Zufriedenheit unter den Kranken, während der Kranke durch das Verhalten der Pfleger leicht grillig wird, namentlich der barsche Ton und die schroffe Art haben etwas Abstoßendes, und wenn ich nicht die Schwesternpflege kennen gelernt hätte, würde ich später beim Verlassen der Anstalt einen sehr herben Eindruck mit hinausnehmen. — Wenn ein Pfleger einen Kranken zur Arbeit heranziehen will, so heißt es z. B.: „He, Müller oder Schulze, los, Teller waschen", aber die Schwestern sagen: „Würden Sie uns nicht den Gefallen tun und aufwaschen, wir haben so viel zu tun?" Das ist ein großer Unterschied bei derselben Sache, man hilft den Pflegern ja auch, aber nicht so gern, und man merkt auch bei den Pflegern, daß sie die Kranken hauptsächlich deshalb zu den Arbeiten anhalten, um sich selbst die Arbeit zu ersparen, namentlich die schmutzigen Arbeiten. — Die Schwestern halten Wäsche und Kleidung in ganz anderem Zustand, sie nähen sofort Knöpfe an, stopfen Strümpfe, bessern kleine Schäden aus, ehe ein größerer Schaden entsteht, und waschen beschmutzte Wäsche sofort aus. Bei den Pflegern dauert es aber manchmal längere Zeit, bis schmutzige Wäsche ausgewaschen wird, ferner bessern ja die Pfleger nicht selbst aus, sondern geben alles zum Ausbessern fort, und daher haben sie gar nicht das Interesse an den Dingen, wie die Schwestern. Manchmal hat es mich im stillen geärgert, wie es bei den Pflegern über die Sachen geht, und ob die Pfleger zu Hause mit ihren eigenen Sachen so umgehen, wie hier, möchte ich bezweifeln, hier könnten Tausende gespart werden. Bei dem scharfen An- und Ausziehen von widerstrebenden Kranken kommt es oft vor, daß Sachen zerrissen werden, und dann heißt es, der Kranke war aufgeregt und hat die Sachen zerrissen. Wenn die Kranken unsauber gewesen sind, namentlich die Paralysen, da machen sich die Pfleger nicht gern die Finger schmutzig, und sie ziehen dann die Sachen so heftig vom Leibe des Kranken ab, daß leicht etwas zerreißt. — Das Aussehen der Wohnräume ist bei den Schwestern ein viel besseres geworden, alles ist behaglich, die ganze Aufmachung ist eine andere, überall sind Servietten, Tischdecken, Blumensträuße, das liegt daran, daß die Schwestern hier ihr „zu Hause" haben, sie machen die Räume den Kranken und sich wohnlicher, der Pfleger aber hat hier nur seine Arbeitstätte, seinen Berufsraum, seine Gedanken sind draußen, fast jeder hat ja eine Familie, ein eigenes Haus, einen Garten, er hat Abmieter usw., und das beschäftigt ihn. — Eine Heilung der Krankheit wird durch die Schwestern nach meiner Ansicht sicher erleichtert und beschleunigt, es kommt nicht zu so heftigen Zusammenstößen wie bei Pflegern, der Kranke W. zog sich z. B. bei den Pflegern nie selbst an, es gab immer Spuk, aber unter den Schwestern wurde er viel ruhiger angefaßt, und seitdem zieht er sich selbst an. Überhaupt ist die ganze Behandlung eine ruhigere, und ich sage mir, wenn die Anstalt als eine Anstalt für Nervenkranke erklärt wird, so gehört auch dazu, daß eine möglichst ruhige Behandlung stattfindet. Aber das Liebevolle bringt der Pfleger nicht. Ein kranker Mann paßt sich einer



Schwester auch viel leichter an als einem Manne, denn der kranke Mann sagt sich in seinen Gedanken: „Was ist denn der Pfleger eigentlich? Er hat weiter nichts gelernt und getan, als hier Dummköpfe bearbeitet. Ich bin draußen viel mehr gewesen als so ein Pfleger", und man fügt sich bei solchem Überlegen einem derartigen Manne nicht leicht, dagegen paßt man sich einer Schwester viel leichter an, weil man von Kindheit an gewöhnt ist, bei dem Namen „Schwester" eine Vertreterin des Liebeswerkes zu sehen. Das Liebevolle kann man besonders bei den Mahlzeiten beobachten. Die Pfleger geben den Kranken das Essen hin, und nun müssen sie meist selber sehen, wie sie fertig werden, dagegen sind die Schwestern gerade bei den Mahlzeiten ganz besonders eifrig bemüht, die Kranken zufrieden zu stellen, sie sind ihnen in jeder Weise behilflich beim Essen, wärmen später das, was übrig bleibt, auf und sind oft sehr uneigennützig: sie geben den Kranken sogar von ihrem Essen etwas, damit der Patient, der in der Ernährung zurückblieb, wieder hochkommt. — Auch beim Baden geht es viel ruhiger zu. Der Pfleger kommandiert: „Rein, los gewaschen, raus; was machen Sie denn noch so lange!" Dagegen ist hierbei gerade die weichere und freundliche Behandlung der Schwestern besonders erkennbar. Ich selbst wollte eigentlich gar nicht gern zu den Schwestern wegen des Badens, weil ich doch unbeholfen bin mit den Beinen, aber die Schwestern sind in einer Art, wie es sich gehört, behilflich, so daß sich niemand geniert. — Wenn die Schwestern Zeit haben, geben sie sich viel mit den Patienten ab, die Pfleger lesen dann Zeitungen, rauchen oder unterhalten sich untereinander, aber bei den Schwestern wird gesungen, es liest eine etwas aus einem Buche vor usw., und dadurch fühlt man sich familiär, und man kommt viel eher wieder hoch. Ich weiß, wie es mit dem Kranken Z. war, solange der unter den Pflegern war, heulte er den ganzen Tag, war verstockt, sprach nicht, und mit einem Male hob sich der Mann. Gerade an diesem Manne habe ich die Veränderung und die günstige Wirkung der Schwesternpflege zusehends gesehen, ich kann daher nur raten, möglichst viel Schwestern zu verwenden, und mancher Kranker wird eher entlassen werden können."

Die von diesem Kranken erwähnte Besserung im Befinden des Patienten Z. entspricht den Tatsachen. Es handelte sich bei dem betreffenden Kranken um eine Melancholie, welche schon recht lange (4 Jahre) angehalten hatte. Unter der männlichen Pflege kam es immer und immer wieder zu Rückschlägen, so daß wir die Prognose für ungünstig hielten: da entschlossen wir uns, ihn als einen der ersten Kranken unter Schwesternpflege zu geben, und der Erfolg war tatsächlich ein überraschender. Der Patient besserte sich zusehends, es kam nicht wieder zu Rückschlägen, und jetzt ist der Kranke (ein Schlosser) bereits seit Juni 1915 entlassen. Er hat draußen sofort Arbeit gefunden, ist Werkmeister geworden, hat die Aufhebung seiner Entmündigung erzielt und ist außerordentlich dankbar, namentlich schreibt er seine Genesung ausschließlich der weib-



lichen Pflege zu, während er auf die Pfleger gar nicht gut zu sprechen ist. Ich habe mich mit ihm in Verbindung gesetzt, und seine Ansichten über den Wert des neuen Systems lauten u. a. wie folgt:

„Ich kann Ihnen versichern, daß ich bei den Pflegern niemals hätte gesund werden können, denn ein feinfühlender Mensch wie ich muß unter der Behandlung entweder gereizt oder apathisch werden. Es gibt allerdings auch sehr gute, wirklich teilnahmvolle, rücksichtvolle und immer zum Guten geneigte Pfleger, die meisten Pfleger aber sind rücksichtlos, höhnisch, grob, launisch, hochnäsig, gönnen dem Patienten das Essen nicht, haben Freude am Unglück ihrer Patienten, denunzieren, um sich zu decken, lassen sich von den Patienten pflegen, lügen, lassen sich ihre Stiefeln putzen und reizen oft ihre Kranken. Die Pfleger sprechen einem sehr selten Mut zu, und wenn man kleine Anliegen hat, oder wenn man vor lauter Gram nicht weiß, wo man sein Herz ausschütten soll, da kann man sich nur an die wenigsten von den Pflegern wenden. Zu den Schwestern wollte ich nicht, denn ich versprach mir nichts Besseres, und wie unrecht hatte ich vermutet. Niemals habe ich, ebenso wie alle andern Patienten, bei den lieben Schwestern etwas Unrechtes bemerkt. Wir sind alle sehr gut und liebevoll behandelt worden: freundliches Bitten für kleine Dienste, peinlichste Sauberkeit beim Essen, kleine Zugaben, oft habe ich sogar vom Essen der Schwestern etwas bekommen, sie zeigten große Uneigennützigkeit, Hingabe bei hinfälligen Kranken. Mit der Wäsche war es wie Tag und Nacht, die Schwestern haben vieles getan, abends noch genäht, bei Verunreinigungen des Nachts wurde sofort Ordnung gemacht, Wäsche gewechselt, bei Unruhe gab es ein gütiges und freundliches Zureden, und dieses hat in den meisten Fällen geholfen. Überhaupt war auch am Tage viel mehr Ruhe auf der Abteilung wie bei den Pflegern, beim Essen wurden die unfähigen Kranken liebevoll gefüttert; mancher, der bei den Pflegern nicht gegessen hatte, aß bei den Schwestern, sie brachten es eben in den schwierigsten Fällen fertig. Beim Baden habe ich oft gestaunt, wie Patienten, sonst sehr störrisch, einfach von einer einzigen Schwester an der Hand ins Bad geführt wurden, wo sonst vielleicht drei Pfleger Hand anlegen mußten. Das Baden war für mich eine Lust geworden, weil die Wanne immer wieder sauber geputzt wurde. Bei der Nachtwache hat Schwester Dora mit bewunderungswürdiger Ruhe und Gelassenheit alle Krakeeler zur Ruhe gebracht, und mit mir waren alle die lieben Schwestern herzlich gut, und daher auch meine schnelle Genesung; ich fand den Lebensmut wieder. Bei kleinen Anliegen fand man stets Entgegenkommen, und gegenüber der Oberschwester und dem Arzt wurde niemals etwas verheimlicht oder entstellt beim Fragen nach den Patienten. Die Schwestern und Oberschwestern haben wirkliches Gefühl und suchen jedem Patienten sein Los zu erleichtern, da könnten die Herren Pfleger und Oberpfleger noch sehr viel lernen. Wir haben auch viel Unterhaltung gehabt bei den Schwestern, fröhliche Unterhaltung und manchmal einen Heidenspaß,



aber bei den Pflegern ist mir das Lachen vergangen. Wenn es in den Garten ging, da gingen wir mit den Schwestern alle gern, denn sie unterhielten sich mit uns, erzählten uns etwas und freuten sich mit uns; im Winter haben wir uns mit Schneeballen geworfen. Die Pfleger sind dazu zu faul und zu stolz. Wenn man diese feinen Herren sprechen hörte, so waren es ihre Familienverhältnisse: wieviel Stollen sie backen, und was sie sonst Gutes zu essen hätten, der eine hatte Gänsebraten, der andere Karpfen, der dritte hatte zu den Feiertagen eine Sau geschlachtet, die Frau des einen hatte einen neuen Hut, die des andern einen Pelz, der dritte sprach den ganzen Tag von seinem Haus, aber für ihre Patienten da gab es kein freundliches Wort. Die Nachteile möchte ich sehen, welche die Schwesternpflege haben soll! Es können nur Kleinigkeiten sein, und diese sind dann nicht vorhanden, wenn die Auswahl der Kranken die richtige ist. Zu meiner Zeit waren einige Gefährliche da, und ich habe da manchmal den Hausknecht markiert, aber alles ging ganz gut. Es gibt auch handfeste Schwestern genug, um Ruhe zu halten in bösartigen Fällen. Wenn man manchmal Sehnsucht nach daheim hatte, fand man bei den Schwestern das beste Verständnis und viel Teilnahme. Wenn Patienten der ersten und zweiten Klasse nicht wohl waren und nicht essen konnten, so kam alles den andern Kranken zugute. Beim Aufstehen und Waschen ging alles sehr gut, die Kranken ließen sich ruhig waschen, dagegen gingen die Pfleger beim Waschen nur etwas freundlich mit den Patienten um, wenn der Oberpfleger anwesend war, sonst ging es manchmal etwas derb zu. Und auf Grund meiner Beobachtungen kann ich nur die Bitte und den Wunsch aussprechen, daß noch recht viel Schwestern auf den Abteilungen verteilt werden möchten, damit allen Patienten mehr Licht zukommt."

Bei der Bewertung der von den beiden Kranken gemachten Angaben muß man berücksichtigen, daß sie die schwerste Zeit ihrer Krankheit unter Männerpflege durchgemacht haben, und daß sie daher manche Maßregeln der Pfleger, welche sich bei ihnen selbst oder bei ihren Mitkranken notwendig machten, infolge ihrer Krankheit nicht richtig beurteilten, oder wenigstens zu scharf kritisierten. Das einmal gefaßte Urteil haben sie, wie das oft bei Geisteskranken vorkommt, beibehalten und nachträglich gar nicht gemildert, und so kommt es, daß sie an dem Stand der Pfleger nicht viel zu loben haben. Das darf nicht unwidersprochen bleiben. Denn im allgemeinen leisten die Pfleger, namentlich unsere sächsischen Pfleger, welche sich diesen Beruf als Lebensberuf erwählt haben, das, was man verlangen kann. Daß sie von Natur aus nicht so zum Pflegeberuf veranlagt sind, wie das Weib, ist nicht ihre Schuld und wird überall beobachtet. Sie gehen eben meist nicht in ihrem Beruf vollständig auf, lassen sogar manchmal



die Arbeit an sich herankommen, ferner sind sie vielfach ganz unbewußt streng und barsch, und dadurch wirken sie verhältnismäßig leicht aufreizend, aber sie tun ihre Pflicht und Schuldigkeit und erfüllen den Wortlaut der Dienstvorschriften. Bei einem Vergleich mit dem weiblichen Personal schneiden sie allerdings weniger gut ab, besonders deshalb, weil die Leistungen des letzteren sich im Durchschnitt qualitativ und vielfach sogar quantitativ auszeichnen, und gerade das wird von den Kranken empfunden und bringt den familiären Charakter in die Pflege hinein. Es ist eben den Schwestern gegeben, treue Pflichterfüllung mit Herz und Gemüt zu paaren, und dadurch stellen sie ein inniges Verhältnis her zwischen sich und ihren Kranken.

Übrigens haben auch die andern Kranken, welche vom Verf. gefragt worden sind, sich in ganz ähnlichem Sinn wie die beiden erwähnten Patienten geäußert, sie waren nur meist nicht imstande, in gleicher Ausführlichkeit und Klarheit ihre Ansichten wiederzugeben. Immerhin ist ein kurzes Urteil beachtenswert, welches ein Tischlergeselle abgab, er sagte:

„Man glaubt gar nicht, wie sich die Männer leiten lassen von den Frauen. Die Frauen ignorieren das Schimpfen, und dadurch wird Krawall vermieden, jeder Sturm legt sich, es ist wie Öl auf den Wogen. Die Frauen haben auch viel mehr Menschenkenntnis, sie kennen jeden einzelnen sehr genau, sie kennen die Eigentümlichkeiten eines jeden und behandeln ihn entsprechend, sie sprechen mit den Kranken über ihre häuslichen Angelegenheiten, fragen sie direkt danach, dadurch werden sie bekannter mit ihnen und treten ihnen viel näher, ihr ganzes Wirken ist ein familiäres. Dagegen ist bei den Pflegern alles schematisch, purer Dienst und weiter nichts, Individuelles fällt ganz weg, aber bei den Schwestern herrscht Individualismus. Es gibt natürlich unter den Schwestern auch einige, welche nicht alle Vorzüge besitzen, aber die meisten sind so.“

Sehr beachtlich ist der Umstand, daß alle Kranke erklärt haben, sie fühlten sich so wohl und behaglich, daß sie nicht wieder zu den Pflegern zurück möchten. Auch den Angehörigen der Kranken fällt bei ihren Besuchen der Übergang in weibliche Pflege vorteilhaft auf, und die Veränderung wird von ihnen lobend hervorgehoben.

Im allgemeinen läßt sich sagen, daß in den wiedergegebenen Urteilen der gefragten Kranken alle Vorzüge der weiblichen Pflege



niedergelegt sind, und daß damit die von vielen Ärzten schon gemachten Erfahrungen bestätigt und ergänzt werden. Es bleibt nur übrig, zu erwähnen, daß auch in Hubertusburg finanzielle Vorteile mit der ganzen Einrichtung verbunden gewesen sind, da die Besoldung der weiblichen Kräfte geringer ist als diejenige der Pfleger.

Überblicken wir nun die Gesamtheit der bis jetzt vorliegenden Mitteilungen über die Verwendbarkeit weiblichen Personals auf Männerabteilungen, so kann man etwa folgendes sagen.

Ein abschließendes Urteil wird sich erst im Frieden bilden lassen, aber es unterliegt keinem Zweifel, daß sich der durch den Krieg geschaffene Ausnahmezustand auf die normalen Verhältnisse zum Teil übertragen wird. Aus zahlreichen Berichten ist zu entnehmen, daß zunächst alle Anstalten, welche überhaupt Versuche angestellt haben, mit den Leistungen des weiblichen Personals auf den Siechenabteilungen zufrieden gewesen sind, viele haben ferner erkannt, und zwar meist zu ihrer großen Verwunderung und Überraschung, daß die neue Einrichtung sich auch auf andern Abteilungen recht gut verwirklichen läßt, und daß sie sogar durchschnittlich eine wesentliche Verbesserung der Gesamtverhältnisse darstellt. Die erzielten Erfolge sind sogar so ermutigend, daß schon eine ganze Reihe von Anstalten erklärt haben, sie würden das neue System auch im Frieden beibehalten. Der Krieg hat uns eben gezwungen, theoretische Bedenken beiseite zu lassen und mit Anschauungen aufzuräumen, welche von einer Generation der Psychiater auf die andere sich vererbt hatten, und in den uns aufgezwungenen neuen Verhältnissen haben wir das bestätigt gefunden, was an einzelnen Stellen im Ausland schon längst erprobt war (Holland, England und Rußland), und was in der letzten Zeit vor dem Kriege auch in Zschadraß sich bewährt hatte. Und wenn schließlich in Zukunft das weibliche Element im Irrenpflegedienst der Männerabteilungen eine große Rolle spielen sollte, so wäre das erklärlich nach dem Grundsatz: „Das Bessere ist der Feind des Guten.“ Man darf dann darin nicht etwa einen unberechtigten Eingriff in einen männlichen Beruf erblicken, denn, wenn man sich die Sachlage richtig überlegt, hat ja eigentlich infolge der geschichtlichen Entwicklung der Irrenpflege der Mann in einem Beruf Boden gefaßt, der seiner Natur nach ein weiblicher ist. Selbstver-

ständlich ist nun nicht gemeint, daß die männliche Pflege überhaupt als entbehrlich angesehen werden soll, sie bleibt ein wertvoller und unentbehrlich Faktor in der Behandlung männlicher Geisteskranker, aber sie wird sicher in jeder Anstalt eingeschränkt werden können.

Wie groß die Zahl der in Frage kommenden Kranken sein wird, läßt sich zurzeit noch nicht genau angeben, es hängt dies auch sehr von der Art des gesamten Krankenmaterials in den einzelnen Anstalten ab. Legt man die Verhältnisse der Anstalt Zschadraß zugrunde, so kommt man auf ca. 60% der männlichen Kranken; es ist aber hierbei zu berücksichtigen, daß entsprechend den in Sachsen geltenden Aufnahmebestimmungen dort keine verbrecherischen, schwer unsozialen und epileptischen Kranken untergebracht sind.

Als ungeeignet für die weibliche Pflege müssen zunächst verbrecherische Elemente angesehen werden, dann sexuell erregte und ferner gewalttätige, im übrigen kann aber der Versuch mit allen Arten von Geisteskranken gemacht werden, vorausgesetzt, daß es gelingt, geeignete Pflegerinnen zu finden. Dann aber bietet entschieden die weibliche Pflege die denkbar mildeste Form der Behandlung, welche wir unseren männlichen Kranken innerhalb der Anstalt angedeihen lassen können. Sie fühlen sich ja auch nach ihren eigenen Angaben wohler und behaglicher als unter den Pflegern, und sie empfinden es zum Teil selbst, daß die ganz andersartige Verpflegung sie belebt, befriedigt und fördert.

Wie sich der Dienst bei besonderen Verrichtungen gestaltet, z. B. der Wachdienst, der Dienst beim Baden und bei den verschiedenen Arbeitsabteilungen, wird erst noch sorgfältiger Prüfung überlassen werden müssen, ebenso die Frage, ob es empfehlenswert ist, auf einigen Abteilungen neben den Pflegerinnen noch männliche Kräfte zum Schutz und zur Hilfe zu belassen. Wahrscheinlich werden diese Fragen überhaupt nicht verallgemeinert werden können, sondern lokal verschieden behandelt werden.

Sollten sich im Anfang unliebsame Vorkommnisse ereignen, sei es von seiten der Kranken, sei es von seiten des Personals, so darf man sich nicht abschrecken lassen, sie sind bei zunehmender Erfahrung zu vermeiden, und sicher ist, daß die kleinen Nachteile weit überragt werden von den Vorzügen. Wichtig ist, daß der Übergang in die neuen Verhältnisse langsam und vorsichtig vorgenommen wird, und daß



möglichst ältere und durchaus erfahrene Pflegerinnen ausgewählt werden.

Zunächst kommt es vor, daß nicht alle Schwestern ohne weiteres die richtige Stellung den Männern gegenüber finden, jedoch hebt sich die Schwierigkeit sehr bald im Laufe der Zeit. Sexuelle Angriffe sind bei vorsichtiger Auswahl der Kranken meist zu vermeiden, die Beobachtung hat übrigens ganz allgemein gelehrt, daß sie viel seltener vorkommen, als man von vornherein befürchtet hatte. Erregungen anderer Art treten natürlich auf, aber die Praxis hat ergeben, daß sie unter weiblicher Pflege viel seltener und weniger intensiv auftreten, und daß andrerseits die Schwestern auch mit gelegentlich vorkommenden Erregungszuständen allein oder mit Unterstützung hilfsbereiter Kranker fertig werden. Unglücksfälle können sich allerdings ereignen, sie bleiben jedoch bei Männerpflege ebensowenig aus und dürfen nicht dem System zur Last gelegt werden.

Bei der Frage nun, ob man sich für die weibliche Pflege entscheiden soll, kann nach meiner Ansicht auf viele Gesichtspunkte verwiesen werden, welche für die Einführung der Familienpflege als maßgebend bezeichnet worden sind. *Alt* hat ja in seinen bekannten Veröffentlichungen darüber eingehend berichtet, und Verf. hat in einem Referat über Familienpflege [1]) das Wichtigste darüber zusammengefaßt. Für die meisten Geisteskranken kommt ja leider eine recht lange Abwesenheit vom eigenen Heim in Frage, und gerade das Fernsein von den Ihrigen drückt viele Kranke außerordentlich. Als drückend erscheint namentlich die Monotonie des Anstaltslebens, der Mangel an genügender Anregung, lästig wirkt auf die Dauer die strenge Durchführung der Anstaltsordnung, und das Zusammenleben mit einer großen Zahl von Fremden läßt die Behaglichkeit und Gemütlichkeit des Familienlebens vermissen. Wir Irrenärzte sind daher ganz besonders verpflichtet, den uns anvertrauten Kranken ihre Leidenszeit möglichst wenig fühlbar zu machen und Mittel und Wege zu suchen, ihnen den Aufenthalt in der Anstalt so erträglich wie nur möglich zu gestalten, und da ist die Erkenntnis wichtig, daß die Einführung der weiblichen Pflege auf Männerabteilungen dem ganzen Getriebe einen mehr familiären Charakter gibt. Es unterliegt hierbei keinem Zweifel, daß dieser

[1]) Sächs. Arch. für Rechtspflege 1913, Nr. 14/15.



Erfolg am besten erzielt wird, wenn die Zahl der Schwestern größer ist als diejenige der mitpflegenden Wärterinnen.

Wie bekannt ist, bedurfte seinerzeit die Einführung und weitere Ausbreitung der Familienpflege in Deutschland auch eines besonderen Anlasses. Es braucht ja nur daran erinnert zu werden, daß im Jahre 1893 das Gesetz über die außerordentliche Armenlast in Preußen in Kraft trat, welches zu einem ungeheuren Bedarf an Anstaltsplätzen geführt hat. Die Behörden interessierten sich daraufhin in ganz besonderem Maße für die Familienpflege, und der Ausbreitung der letzteren ist es zu danken, daß zahlreiche kostspielige Neubauten vermieden wurden. Ganz ähnlich verdankt plötzlich die weibliche Pflege auf Männerabteilungen einem besonderen Anlaß, einer Notlage, das ihr entgegengebrachte Interesse, und sie wird hoffentlich, ebenso wie die Familienpflege, allmählich zu einer dauernden Einrichtung werden.

Diese Neuerung im inneren Betrieb der Irrenanstalten kommt ja wieder andern Gruppen von Geisteskranken zugute als die Familienpflege, aber die zu erwartenden Wirkungen auf die Kranken sind ganz analoge. Denn sehr viele chronisch kranke Männer, welche nicht für die freieste Verpflegform, die Familienpflege, in Frage kommen, eignen sich für weibliche Pflege innerhalb der Anstalt, und unter dieser fühlen sie sich nicht bloß im allgemeinen wohler, sondern diese bietet ihnen den besten Ersatz für ihr Familienleben, das sie schwer vermissen; andrerseits ist zu erwarten, daß für eine ganze Reihe von heilbaren geisteskranken Männern, deren Leiden gewissermaßen auf einem toten Punkt angelangt ist, das neue System geradezu als ein wichtiger Heilfaktor sich erweist. Denn ganz ähnlich, wie überraschende Besserungen und Heilungen erfahrunggemäß bei Geisteskranken eintreten, wenn sie in eine andere Anstalt versetzt werden, oder wenn sie bloß in eine ganz andere Umgebung derselben Anstalt kommen, so werden sich die unter weiblicher Pflege stehenden Männerabteilungen nicht selten heilbringend erweisen und werden somit ein wichtiges Instrument darstellen in der Hand des Irrenarztes.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

101. Sitzung des Ostdeutschen Vereins für Psychiatrie in Breslau am 9. Dezember 1916.

Anwesend die Herren: *Alter*-Krietern, *Gertrud Bry*-Breslau, *Bumke*-Breslau, *Buttenberg*-Freiburg, *Cyran*-Breslau, *Dinter*-Leubus, *Dresen*-Brieg, *Ensau*, *Foerster*-Breslau, *Freund*-Breslau, *Golla*-Breslau, *Hahn*-Breslau, *Hauck*-Breslau, *Heinze*-Breslau, *Honigmann*-Breslau, *Hayn*-Beuthen, *Joseph*, *v. Kunowski*-Rybnik, *Kutner*-Breslau, *Lange*, *Michchowitz*, *Moskiewicz*-Breslau, *Mann*-Breslau, *Pulvermacher*, *Petersen*-Brieg, *Peterssen-Borstel*-Plagwitz, *Sachs*-Breslau, *Schubert*-Lüben, *Schütze*-Tost, *Stertz*-Breslau, *Sprenger*-Obernigk, *Taunel*, *Thürwächter*-Rybnik, *Ziertmann*-Bunzlau,

Der Schriftführer, Herr *Clemens Neisser*, heißt die Mitglieder und Gäste willkommen und gedenkt des verstorbenen Vorsitzenden Professor *Alois Alzheimer* und des verstorbenen Mitgliedes *Paul Przewodnik*-Lüben.

Meine Herren! Es liegt mir heute ob, die Sitzung zu eröffnen und Sie zur erstmaligen Tagung während des Krieges zu begrüßen. Seitdem wir zum letzten Male zusammenkamen, hat unser Verein schwere Verluste erlitten. In erster Reihe steht der herbe Schlag, der uns betroffen hat durch den Tod unseres Vorsitzenden, des Herrn Professor *Alzheimer*, welcher vor fast genau einem Jahre am 19. Dezember 1915 dem Leiden erlegen ist, welches ihn überfiel, als er hierher nach Breslau reiste, hierher an das Ziel neuen selbständigen Wirkens und Lehrens von dieser hervorragenden Stelle aus, nachdem er durch seine Forschertätigkeit sich längst seinen Platz in der wissenschaftlichen Welt erobert hatte. Meine Herren! Die Nachrufe in der gesamten medizinischen Presse geben ein Bild von der überragenden Bedeutung *Alzheimers*, wie namentlich auch von der warmen Verehrung, welche seiner Persönlichkeit als Forscher und Mensch gezollt worden ist. Ich vermag Ihnen Neues nicht zu sagen, nicht Besseres, um nur einige zu nennen als *Lewandowski*, der so feine Worte gefunden hat, als unser Kollege *Stertz*, der das Glück hatte, dem Verstorbenen während seines hiesigen Wirkens so besonders nahe zu kommen, und als *Spielmeyer*, der *Alzheimers* Lebensarbeit mit der Pietät des Schülers so meisterhaft zur Darstellung gebracht hat. Für den engeren Kreis unseres Vereins,



welchem er nur an zwei Sitzungen angewohnt hat, konnte *Alzheimers* Arbeit in unmittelbarer Wirkung naturgemäß nicht dasselbe bedeuten wie diejenige seiner Vorgänger, insbesondere des unvergeßlichen *Wernicke* und von *Bonhoeffer*, an deren wissenschaftlichem Streben und Fortschreiten wir stets in erster Reihe und fortlaufend beteiligt wurden. Immerhin hat er alsbald in der Sitzung vom 7. Dezember 1912, in welcher er dem Verein beitrat, in seinem Vortrage „Über noch nicht genauer bekannte paralyseähnliche Krankheitsbilder" uns in sein eigenstes Arbeitsgebiet geführt, und er hat durch seine Vorschläge bezüglich der antiluischen Paralysebehandlung ein gemeinsames Vorgehen der Klinik und der Provinzialanstalten von dieser Stelle aus angeregt, so daß wir die Hoffnung haben durften auf einen engeren wissenschaftlichen Zusammenschluß und auf Förderung unserer eigenen Arbeit.

Daß *Alzheimer* als anatomisch-histologischer Gehirnforscher überragend war und kaum ersetzbar, das wird, auch in den Nachrufen und Gedenkreden, von allen Seiten betont. Seiner besonderen Bedeutung aber, glaube ich, kann man nur gerecht werden, wenn man sich gegenwärtig hält, daß von *Alzheimer* die klinischen Fragen mit mindestens dem gleichen Interesse umfaßt wurden, und daß er diese auch bei seinen anatomischen Arbeiten stets im Auge behielt, ohne doch je die Selbständigkeit beider Forschungsgebiete außer acht zu lassen und die Leistungsgrenzen in bezug auf die Verknüpfung der Ergebnisse zu verkennen. Gerade diese Tatsache scheint mir von ganz besonderer Bedeutung für die Auffassung von *Alzheimers* wissenschaftlicher Entwicklungsrichtung und seinen Forschererfolgen zu sein. Sie erklärt, warum *Alzheimer* zu *Kraepelins* Schule — auch innerlich — in ein näheres Verhältnis kam als zu *Wernicke*, trotz dessen mehr anatomischer Denkweise.

Man muß sich die Entwicklung der deutschen klinischen Psychiatrie seit der Zeit vergegenwärtigen, als der 24jährige *Alzheimer* zu dem *Westphal*-schüler *Sioli* nach Frankfurt als Assistent kam, wo *Nissls* grundlegende Arbeiten reiften, während gleichzeitig im Senckenbergschen Institut *Karl Weigert* und *Edinger* Jünger aus aller Welt zu anatomischen Studien am Nervensystem anleiteten. Die klinische Psychiatrie dagegen stand damals nicht auf der Höhe. Die unter *Westphals* Einfluß die Diagnostik beherrschende Lehre von der Verrücktheit, jener Kollektivgruppe, blieb ganz im Symptomatischen stecken; *Westphals* Abtrennung der Zwangsvorstellungen von den Wahnideen bereicherten mehr die Kenntnis der Neurosen als der Psychosen. Eine gewaltige Förderung brachte er zwar für die Paralyselehre, aber nicht von der psychiatrischen Seite, sondern durch die neurologisch-anatomische Bearbeitung der spinalen Symptome. Und von besonderem Einfluß für die ganze Arbeitsrichtung wurde es, daß *Westphal* das führende literarische Organ, sein Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, psychiatrisch-klinischen Arbeiten kaum öffnete oder sie doch hinter den neurologisch-anatomischen Untersuchungen offensichtlich zurücktreten



ließ. Je weniger von Psychischem die Rede war und je mehr vom nervösen Substrat, desto wissenschaftlicher erschien die Betrachtungsweise. Es kam dann *Meynert*s genialer Versuch der Begründung der Psychiatrie auf die anatomisch-physiologischen Vorderhirnleistungen, jener Versuch von wunderbarster künstlerischer Plastizität, aber aufgerichtet zum Teil auf unsicher hypothetischem Unterbau und darum nicht geeignet, als Ausgangspunkt für eine ruhig fortschreitende klinische Weiterarbeit zu dienen. Eine wirklich klinische Betrachtungsweise, wie sie in andern medizinischen Disziplinen längst eingebürgert war, eine Betrachtungsweise, welche nicht nur die symptomatischen Zustandsbilder, sondern den ganzen Krankheitablauf ins Auge faßt und die einzelnen Symptome vom allgemein-pathologischen Standpunkt zu werten trachtet, mußte für die Psychiatrie so gut wie neu begründet werden. Von den Anfängen hierzu ist in unseren Vereinssitzungen manches zum Vortrag gekommen. Es gelang von diesem Standpunkt aus, die Krankheitform der Katatonie und *Kahlbaum*s klinische Gesichtspunkte zur Anerkennung zu bringen. Klinische Differentialbetrachtungen über das Symptom der Verbigeration, der Konfabulation, des Residualwahns, der Eigenbeziehung, der Perseveration u. a. schlossen sich an; es kamen vor allem die klassischen Arbeiten der *Wernicke*schen Schule, ausgehend von den gehirnpathologischen Grenzgebieten, den im weiteren Sinne aphasischen und asymbolischen Störungen, es kam *Lissauer*s atypische Paralyse, *Bonhöffer*s Alkoholpsychosen, *Liepmann*s Apraxie und endlich, mit Spannung erwartet, die neue systematische Darstellung der psychischen Krankheitserscheinungen in *Wernicke*s Grundriß. War durch ihn die Analyse der Zustandsbilder und die Beschreibung und Differenzierung der Symptome unvergleichlich gefördert worden, so hatte während dessen *Kraepelin* mit seinen Schülern durch intensivste Durcharbeitung des gesamten Krankenmaterials die großen klinischen Gruppen der Psychosen nach ihrem Ablauf, ihrer Prognose, ihren Endausgängen neu begründet, und jetzt erst war sowohl für methodische klinische Kleinarbeit als auch für die Inangriffnahme der Frage nach den pathologisch-anatomischen Grundlagen der einzelnen psychischen Krankheiten die Bahn frei gemacht.

So fand nun *Alzheimer* den Boden bereitet und konnte mit dem ganzen Rüstzeug verfeinerter Technik, welche er wie wenige beherrschte, und an deren Entwicklung er jahrelang selbsttätig Anteil genommen hatte, fruchtbare Arbeit leisten und mit der ihm eigenen, nie abirrenden Klarheit der Gesichtspunkte sein Gebiet abstecken. Dieser Geradlinigkeit und Einfachheit seiner Fragestellungen, im Verein mit der Sorgfalt und Zuverlässigkeit seiner Arbeitsweise war es zu danken, daß er, soweit ich unterrichtet bin, niemals etwas zu widerrufen oder zurückzunehmen hatte, was von ihm als wissenschaftliches Ergebnis bekanntgegeben war. In selten glücklicher Weise mischte sich bei ihm optimistische Zuversicht bezüglich der Erreichbarkeit der in Angriff genommenen wissenschaftlichen Ziele mit vorsichtiger Skepsis bezüglich aller Einzelergebnisse. Und zu diesen



Eigenschaften, die seinen Forscherruhm begründeten, gesellte sich eine nicht gewöhnliche Beherrschung des Wortes und eine Fähigkeit zu abgerundeter didaktischer Darstellung, welche seine Vorträge zu einem Genuß machten und seinen Diskussionsbemerkungen stets eine Wirkung sicherten.

Und wenn es mir gestattet ist, noch Persönliches anzufügen, so darf ich mit Dankbarkeit der freundschaftlichen Beziehungen gedenken, welche durch mehr als 20 Jahre mich mit *Alzheimer* verbunden haben, und ich gedenke mit besonderer Freude des Besuchs, den er um die Mitte der 90er Jahre mir in Leubus machte. Aber die Hoffnungen, welche ich auf die nähere persönliche Berührung jetzt gesetzt hatte, haben sich nicht erfüllt. Der Druck der Kriegsarbeit lastete schwer auf *Alzheimer*, und die Krankheit hatte schon einen Schatten auf die Persönlichkeit geworfen und eine dieser kernigen Frohnatur sonst fremde Reizbarkeit gezeitigt. Aber wer nicht vergleichen konnte, wer ihn nicht früher gekannt, geriet auch jetzt noch ganz in den Bann dieser begabten, starken und liebenswürdigen Persönlichkeit, und ich bin sicher, daß Sie, meine Herren, daß wir alle dem teuren Entschlafenen ein verehrungsvolles, treues Gedenken bewahren werden!

Noch einen zweiten betrübenden Verlust hat der Verein erlitten durch den Tod des Oberarzt Dr. *Paul Przewodnik* von der Lübener Anstalt, welcher am 18. Juli 1916 in Ausübung seines Berufs als Bataillonsarzt zusammen mit dem Bataillonskommandeur und Adjutanten bei einem englischen Angriff in Flers bei Bapaume gefallen ist, im Alter von 37 Jahren. Meine Herren, der Kollege *Przewodnik* hat im Felde als Arzt sich ebenso wie in seiner ganzen Anstaltstätigkeit mit hervorragender Treue betätigt. Im Jahre 1902 hatte ich die Freude, ihn als meinen Assistenten in Lublinitz in die Psychiatrie einzuführen, und ich kann versichern, daß er in seinem Interesse und seinem Verständnis auch für feinere Probleme unserer Wissenschaft sich schon damals auszeichnete, und daß er sich die allgemeinste Schätzung und Zuneigung erworben hat, welche ihm über das Grab hinaus gewahrt bleiben soll!

Ich bitte Sie, sich zum Gedächtnis unserer verschiedenen Mitglieder von den Plätzen zu erheben.

Sodann habe ich noch die Freude mitzuteilen, daß Herr Prof. *Bumke* zum Eintritt in unseren Verein sich gemeldet hat. Indem ich Herrn Prof. *Bumke* hier als Mitglied begrüße, habe ich zunächst schon den Dank auszusprechen, daß er für unsere Tagung nach alter Tradition die Klinik zur Verfügung gestellt hat. Wir sind gewöhnt, die Klinik als den Mittelpunkt und Brennpunkt unserer wissenschaftlichen Bestrebungen zu betrachten, und ich hoffe, daß Herr *Bumke* sich wie seine Vorgänger als uns ganz zugehörig betrachten, daß er es sich in unserem Kreise gefallen lassen werde, und daß er sich überzeugt halten möge, daß wir stets dankbar sein werden, wenn wir von der Klinik lernen dürfen.

Sodann werden auf den Vorschlag des Herrn Prof. *Mann* Herr

Clemens Neisser zum Vorsitzenden und Herr *Bumke* zum Schriftführer des Vereins gewählt. Es folgen die Vorträge.

Vor der Tagesordnung demonstriert

Herr *C. S. Freund* den Befund einer tuberösen Sklerose an dem Gehirn eines vor 2 Tagen verstorbenen 35jährigen, von Jugend an verblödeten, mit epileptischen Anfällen behafteten Idioten.

Die Diagnose war zu Lebzeiten [1]) gestellt worden auf Grund von Hautveränderungen: (rötliche Hautwärzchen in den Nasenlippenfalten und in der das Kinn von der Unterlippe abgrenzenden Falte, ein Keloid rechterseits an der Stirn, eine Alopecia areata am Hinterkopf, kleine gestielte Hautfibrome beetartig gruppiert an der Mitte und an den Seitenrändern der Nacken-Rückengrenze, ein Naevus sebaceus in einem handtellergroßen Bezirk der unteren Lendengegend).

Bei der Obduktion sah man in den Gyri beider Hemisphären zahlreiche tuberöse Herde. Es finden sich beide schon von *Pelizzi* unterschiedene Herdformen, nämlich solche, welche nur eine Verdichtung bestimmter Partien normal angelegter Gyri darstellen, und solche, welche mit scharfer Begrenzung aus dem Windungstypus herausfallen. Die letzteren sind stets von mehr oder weniger tiefen Furchen umsäumt und zeigen auf ihrem Kulminationsgebiet kraterförmige Einziehungen. Die Herde heben sich durch ihren weißlichen Glanz und ihre derbe Konsistenz ab (schon nach zweitägigem Aufenthalt in Formollösung sind diese Kennzeichen nicht mehr deutlich).

Bei der Sektion der Brust- und Bauchorgane fanden sich an beiden Nieren zahlreiche geschwulstartige Bildungen, die sich bei der mikroskopischen Untersuchung im Kgl. Pathol. Institut als Fibrome erwiesen.

Das Gehirn wird zur mikroskopischen Bearbeitung durch Herrn Prof. *M. Bielschowsky* an das Neurobiologische Institut nach Berlin geschickt werden. (Nachtrag: Bei der Freilegung der Ventrikel wurden auf der dem Seitenventrikel zugewandten Fläche des Nucleus caudatus mehrere hanfkorn- bis erbsengroße harte Geschwülstchen aufgefunden.)

2. Herr *Bumke*. Zur Paranoiafrage.

Die Frage der paranoischen Erkrankungen ist für die Anhänger *Kraepelins* durch die Aufstellung der Paraphrenien in ein neues Stadium getreten. Diese Aufstellung war nötig, nachdem sich herausgestellt hatte, daß das Gros der paranoischen Erkrankungen mit der Dementia praecox nichts zu tun hat, und daß es doch von dem Querulantenwahn scharf getrennt werden muß. So deckt der Name Paraphrenien das Problem der nächsten Zukunft; er umfaßt die paranoischen Erkrankungen, mit denen wir systematisch bis heute noch nichts anzufangen wissen. Darin liegt insofern ein großer Fortschritt, als auf diese Weise nach zwei Seiten hin von

[1]) Vgl. Sitzungsbericht der Breslauer Psych.-Neurol. Vereinigung vom 25. 5. 1914, Punkt 4 der Tagesordnung, Berl. klin. Wschr. 1914, Nr. 36.

den unklaren (paraphrenischen) die geklärten Fälle abgetrennt worden sind, einmal die pathologischen Entwicklungen im Sinne des Querulantenwahnsinns und zweitens die Verblödungsprozesse, die nur symptomatologisch von paranoiden Erscheinungen begleitet werden.

Im einzelnen ist der Vortragende beim Studium des verhältnismäßig großen Rostocker Materials zu Anschauungen gekommen, die von denen *Kraepelin*s etwas abweichen. Ihm standen 76 Fälle mit paranoidem Beginn zur Verfügung, von denen 32 oder 42 % der Schizophrenie zugerechnet, 3 oder 3,9 % als Paranoia bzw. Querulantenwahnsinn diagnostiziert, 24 oder 31 % als Paraphrenien, 11 oder 14,5 % als Dementia phantastica aufgefaßt wurden. Der Rest von 6 Krankheitsfällen verteilt sich auf senile, arteriosklerotische, alkoholistische und Haftpsychosen. Aus dieser Zusammenstellung gehen die beiden wichtigsten Unterschiede, die *Kraepelin*s Darstellung gegenüber bestehen, schon hervor. Erstens rechnet Verf. die von *Kraepelin* als Paraphrenia phantastica beschriebenen Fälle nicht den Paraphrenien zu und zieht deshalb den Namen Dementia phantastica vor. *B.* hat sich an den alten Rostocker Fällen überzeugt, daß sich diese Kranken zwar durch das Fehlen der spezifischen Assoziationsstörung und der körperlichen Symptome von dem Verhalten der Schizophrenie scharf unterscheiden, daß ihr Leiden aber als ein echter Verblödungsprozeß der gesetzmäßig mit dem Zerfall der Persönlichkeit endet, doch ganz anders, beurteilt werden muß als die eigentlichen Paraphrenien, bei denen es zu einer Verblödung in diesem Sinne nicht kommt. Daß die Unterscheidung der Dementia phantastica von manchen paranoiden Verlaufsformen der Dementia praecox im Einzelfall schwer ist braucht nicht betont zu werden. Bei der Betrachtung eines größeren Materials von zum Teil abgelaufenen Fällen tritt der grundsätzliche Unterschied beider Krankheiten klar zutage.

Zweitens hält *B.* die von *Kraepelin* neuerdings versuchte Trennung des Querulantenwahnsinns und der chronischen Paranoia für nicht haltbar. Nach der Meinung des Vortragenden ist die Abgrenzung einer eigentlichen Paranoia von den Paraphrenien überhaupt nur dann möglich, wenn zur Paranoia nur Fälle gezählt werden, bei denen eine von Hause aus psychopathisch veranlagte Persönlichkeit unter den Reizen des Lebens in psychologisch verständlicher Weise paranoisch erkrankt. Diejenigen Fälle aus *Kraepelin*s Darstellung, die dieser Definition nicht entsprechen, lassen sich seiner Meinung nach von den Paraphrenien nicht trennen. Insofern ist das einzige Unterscheidungsprinzip, das wir heute überhaupt anwenden können, das, auf das *Gaupp*, *Wilmanns*, *Bonhoeffer*, *Sieffert* und andere hingewiesen haben, eben das zwischen dem Krankheitsprozeß und der pathologischen Entwicklung. Auf dem Boden dieser Anschauung erscheint jedoch der Unterschied zwischen Paranoia und Querulantenwahn als ein rein zufälliger. Ob der Anlaß der Wahnbildung von einem gerichtlichen oder von irgendeinem Konflikt im Leben sonst ausgeht, macht für die systematische Stellung der Psychose natürlich nichts aus. In allen



hierher gehörigen Fällen beschränkt sich die Entwicklung pathologischer Vorstellungen auf einen verhältnismäßig engen Kreis, und auch die eigentlich krankhaften Gedanken dieses Komplexes bleiben immer psychologisch verständlich und betreffen an sich mögliche Vorgänge. Stets läßt sich ihre affektive Entstehung nachweisen, und in den meisten Fällen bestehen sehr lange bloße überwertige Ideen, ehe eine einzige Wahnidee wirklich endgültig fixiert wird. Damit hängt zusammen einmal, daß abortive Fälle, und ferner, daß Mischungen und Übergänge der Krankheit zu andern funktionellen Krankheiten nicht selten beobachtet werden. Übergänge bestehen nicht bloß zur chronischen Manie, sondern auch zur Hysterie und insbesondere zu manchen Unfallformen, zu den Pseudologisten, zu den wahnhaften Einbildungen der Degenerierten, wie überhaupt zu allen möglichen Formen der Psychopathie (Erfinder, Entdecker, Weltverbesserer, Propheten, Verschrobene).

Eigentliche Sinnestäuschungen, die über lebhafte Phantasievorstellungen hinausgehen, kommen nach den Beobachtungen des Vortragenden bei echten Paranoikern nicht vor.

Was die Paraphrenien selbst angeht, so handelt es sich, wie gesagt, um eine vorläufige Aufstellung, die so sicherlich nicht bestehen bleiben wird. Der Kreis dieser nach rein symptomatologischen Gesichtspunkten zusammengefügten Krankheitsfälle wird auch heute schon zweifellos durch andere Kreise nicht bloß berührt, sondern geschnitten. Es sind zum Teil dieselben Fälle, die bald als Paraphrenien, bald als syphilitisch-paranoide Erkrankungen, bald als Involutionsparanoia (*Kleist*) oder als Melancholie im alten *Kraepelin*schen Sinne oder endlich als arteriosklerotische Psychose (*Seelert*) beschrieben werden.

Eine ausführliche Darstellung der Frage erfolgt in einer nach dem Kriege erscheinenden Diagnostik der Geisteskrankheiten.

Herr *Neisser* erkennt den Fortschritt in der von dem Vortragenden gegebenen klinischen Darstellung der einschlägigen Krankheitsgruppen an. Warum freilich der von *Kahlbaum* seinerzeit schon anders gebrauchte Terminus: Paraphrenie von *Kraepelin* in einem neuen Sinn eingeführt werden mußte, ist nicht recht einleuchtend. Bezüglich des Querulantenwahnsinns hat *N.* die Unterschiede gegenüber den damals als Paranoia bezeichneten Krankheitstypen schon 1893 hervorgehoben [1]). Die Betonung der Tatsache, daß aus der Individualität heraus das Verständnis für die Krankheitssymptome gewonnen werden könne, sollte nur mit Vorsicht als klinisches Charakteristikum verwertet werden. *N.* erinnert daran, daß selbst einem Fachmanne von der Bedeutung *Hitzig*s in dieser Hinsicht Fehlurteile bedenklicher Art unterlaufen sind.

[1]) „Psychische Elementarstörung als Grund der Unzurechnungsfähigkeit.“ Motiviertes Gutachten zugleich als kritischer Beitrag zu *Wernicke*s Lehre von den fixen Ideen. Arch. f. Psych. Bd. 26, H. 2.



Herr *Sachs* schließt sich dem Vortr. unter Hinweis auf manche Grenzfälle an.

Herr *v. Kunowski* erinnert an die historische Entwicklung des Paranoiabegriffes, dessen Hauptinhalt früher gerade die heute als Paraphrenie bezeichneten Fälle gebildet hätten.

Herr *Bumke*: Schlußwort.

Herr *v. Kunowski*: Zur Theorie der Farbenempfindungen. (Der Vortrag wird an anderer Stelle erscheinen.)

G. Stertz: Zur Pathogenese hysteriformer und hysterischer Symptome.

Die rein psychologischen Deutungsversuche der hysterischen Symptome, soweit sie insbesondere durch Ausstrahlungen in das somatische Gebiet gekennzeichnet sind, ergeben im allgemeinen keine ganz befriedigende Lösung des Problems. Auch aus dem sogenannten hysterischen Charakter läßt sich, zumal er bei großen Gruppen hysterisch Reagierender fehlt, die Genese der Symptome nicht ohne weiteres ableiten. Suggestibilität und Affektlabilität erweisen sich bei näherer Betrachtung nicht als Eigenschaften von ausschlaggebender Bedeutung dabei. Sie können sehr ausgeprägt sein, ohne daß es zu hysterischen Reaktionen kommt, und umgekehrt dort fehlen, wo wir die letzteren antreffen. Der Krankheitswunsch als ein die Symptome fixierendes Moment ist außerordentlich bedeutungsvoll, aber doch nicht für alle Fälle zutreffend. Als Erklärung für die spezielle Genese eines Symptomes kommt er nicht in Betracht. Aussichtvoller sind Versuche, sich dem Problem von der pathophysiologischen Seite zu nähern. Die Analogie der normalen Affektausstrahlungen zu den hysterischen Reaktionen weist uns für einen Teil der Fälle den Weg. Die primäre Wirkung heftiger Gemütserschütterungen ist als physisch, nicht als psychisch anzusehen, wenn auch die materielle Änderung des Substrates unerkennbar ist. Das Hineinspielen eines physischen Faktors in den psychogenen Mechanismus wäre auch angesichts des häufigen Vorkommens hysteriformer Erscheinungen bei organischen Erkrankungen zu erwarten, zumal der Wunschfaktor bei diesen keine wesentliche Rolle spielen dürfte. Es würde das den Versuch rechtfertigen, von dieser Seite dem Problem näherzukommen. Die genauere Betrachtung hysteriformer Erscheinungen organisch Kranker läßt erkennen, daß ihre Kenntnis der Vertiefung bedarf. Nach einem Hinweis auf die schwankenden Grenzen von organisch — funktionell — psychogen (in weiterem Sinne) wird an einigen Beispielen die Wirkung psychischer Vorgänge (z. B. Aufmerksamkeit, Affekte) auf funktionell geschädigte Systeme organisch Kranker erörtert. Die innigen Wechselwirkungen zwischen physisch und psychisch sind die Quelle zahlreicher diagnostischer Irrtümer in solchen Fällen.

Vortragender gibt eine Übersicht über besonders prägnante Fälle seiner Erfahrung, die zur Fehldiagnose „Hysterie“ Veranlassung gegeben hatten.



Es liegt nach seiner Ansicht etwas Gesetzmäßiges darin, daß gewisse diffuse, nicht oder lange Zeit nicht zu deutlichen hirnpathologischen Ausfällen führende Krankheitsprozesse hysteriforme Symptome mit Vorliebe hervorrufen, sowohl was die Störungen auf somatischem Gebiet, als auch was die allgemein psychischen Veränderungen anlangt.

Hinweis auf die Pseudosklerose und auf eine Gruppe von Fällen mit sehr eigenartigen aphasischen usw. Ausfällen, die im jüngeren Alter im Geleit von Ohnmachtanfällen entstanden, mit Demenz verknüpft, ätiologisch sich nicht klären ließen, vielleicht auch diffusen, noch nicht näher bekannten Prozessen, ähnlich der Pseudosklerose, ihre Entstehung verdanken.

Interessante Beobachtungen hysterischer Bilder, ganz besonders im Sinne der Astasie-Abasie, betrafen einige Meningitisfälle, ferner leichtere zerebrale Kinderlähmungen. Gestreift werden in diesem Zusammenhang auch andere organische Erkrankungen des Zentralnervensystems. Die nähere Analyse ergibt, daß es sich bei diesen hysteriformen Erscheinungen um genetisch verschiedenartige Zustände handeln kann:

1. Funktionelles Vor- bzw. Rückbildungsstadium organischer Erkrankungen. Gewisse Systeme erweisen sich als funktionsfähig bei günstiger, versagen aber bei ungünstiger psychischer Konstellation.

2. Funktionelle Überlagerung organischer Herde (Diaschisis). Sie sind im Wesen unabhängig von der Psyche, können aber auch psychisch bedeutend beeinflußt werden.

3. Fixierung ursprünglich organischer Ausfälle bei Fortfall der organischen Schädigung. Sie kann psychogen erfolgen, es ist aber das Walten von Vorstellungen nicht die einzige Erklärungsmöglichkeit.

4. Eigentlich psychogene Überlagerung: dabei ist nicht wie bei 2. der Herd, sondern das Symptom überlagert, ob der Sitz des Herdes zentral oder peripher ist, hat dabei keine Bedeutung.

5. Anderweitige psychogene Symptome bei organisch Kranken.

Die Unterscheidung der einzelnen Formen ist nicht immer leicht. Viele als „hysterisch" gedeutete Symptome organisch Kranker verdanken den andern Mechanismen ihre Entstehung. Wenn man das in Abrechnung bringt, wird sich wahrscheinlich nicht feststellen lassen, daß die organischen Hirnkranken in höherem Grade zum Auftreten hysterischer Symptome disponiert sind als andere organische Erkrankungen.

Die Ursache von psychogenen Begleitsymptomen in engerem Sinne bei den organischen Erkrankungen des Gehirns ist nicht nachweislich in der durch die letzteren bedingten psychischen Veränderungen zu suchen. Eine solche ist oft gar nicht festzustellen, wenn nicht eine durch die Krankheit im allgemeinen bedingte Abnahme der Widerstandsfähigkeit und Energie hierher gezählt wird. Diese ist aber nicht auf die Gehirnerkrankungen beschränkt, kommt vielmehr in gleicher Weise bei allen möglichen schwereren Erkrankungen vor.

Sind aber dabei psychische Veränderungen vorhanden, so kommen sie für die Entstehung hysterischer Symptome nicht ohne weiteres in Betracht. Manche Erfahrungen des Vortr. (z. B. bei der Hysterie nach Typhus) sprechen dafür, daß das Auftreten echt psychogener Komplexe bei Organischen oft der Ausdruck einer bereits vorhanden gewesenen Disposition ist; der organische Herd wird jedoch bestimmend für die Lokalisation des hysterischen Symptoms, dessen häufigste Form daher die der Überlagerung ist.

Die hysterische Reaktionsweise, zumal die schweren somatischen Ausdruckformen, entstehen somit nicht in innerem Zusammenhang mit den organischen Veränderungen, sondern unabhängig davon auf dem Boden einer bestimmten Anlage. Wenn man dem physischen Faktor dieser Disposition nachzugehen versucht, so liegt er sicher in einer prinzipiell andern Beschaffenheit des Substrats, als sie durch — auch leichteste — organische Veränderungen erzeugt wird trotz aller innigen Wechselbeziehungen, die wir auch bei letzteren zwischen physisch und psychisch nachweisen können.

Ein maßgebender Unterschied liegt darin, daß sich die psychischen Wirkungen auf das organische bzw. funktionell geschädigte Substrat nicht fixieren. Cessante causa cessat effectus (die temporär sich fixierenden Perseverationserscheinungen haben eine ganz andere Bedeutung). Vielleicht liegt nun gerade ein wesentlicher Faktor des hysterisch reagierenden Substrats nicht nur in einer erhöhten Reizempfänglichkeit, die sich in abnormen Ausstrahlungsbedingungen der Reize kundtut, sondern auch in einer mangelhaften Ausgleichbarkeit der erzeugten Umstimmungen oder „Engramme", welche eine primäre Fixierung des aus einem bestimmten Anlaß erzeugten Innervationskomplexes hervorruft. Die Bedingungen des Zustandekommens hysterischer Reaktionen sind damit noch nicht erschöpft. Es gehört zweifellos noch eine den Vorgang begünstigende psycho-physische Konstellation dazu, die man als hypnoid (*Charcot*, *Breuer*) bezeichnen kann: sie findet sich im Geleit starker Affekte, ebensowohl auch von Erschütterungen des Gehirns, im gleichen Sinne aber können mehr protrahierte, das Bewußtsein einengende Zustände der Ängstlichkeit, Erwartung und dergleichen wirken. Gerade diese Zustände schließen eine erhöhte Suggestibilität in sich. Sie besteht aber nur in der Richtung der herrschenden Gefühlsvorgänge und hat mit allgemeiner Suggestibilität nichts zu tun, die man unter verschiedenen Bedingungen findet, ohne daß hysterische Reaktionen daraus erwachsen. Die allgemeine Suggestibilität kann sogar bei hysterisch Reagierenden eher vermindert sein. In der Neigung zur Fixierung bzw. Automatisierung von einmal unter besonderen Bedingungen entstandenen pathologischen Komplexen ist vielleicht ein allgemeineres Prinzip der psychopathischen Anlage zu sehen. Unter vielen Beispielen, die sich hier anführen lassen, erinnert Vortr. an das Fortlaufen der Kinder, manche





Formen dipsomanischer Antriebe, Vorgänge, die, einmal unter besondren Umständen entstanden, später ein eigentümliches Sonderdasein im psychischen Leben der Betreffenden führen und ihnen selbst ebenso wie unserer psychologischen Analyse unerklärlich sind. Die mit der Fixierung verbundene Bahnung bewirkt, daß schon relativ geringe Mengen psychophysischer Energie fortan den Komplex innervieren, Energiemengen, die so gering sind, daß sie keinen bewußten psychischen Ausdruck in Gestalt von Vorstellungen finden, wenn sie auch in ihrem letzten Ursprung doch mit psychischen Vorgängen zusammenhängen mögen [1]).

Die Wiederholung der Innervierungen verstärkt natürlich entsprechend normalen Gesetzen die Bahnung und damit die Automatisierung des Vorganges. Auf solcher Grundlage entstandene hysterische Komplexe können nun nach Ansicht des Vortr. bestehen, ohne daß sekundäre Vorstellungsverbindungen (Wünsche, Begehrungsvorstellungen, Erwartungen, Befürchtungen) sich mit ihnen irgendwie nachweislich assoziieren. Ist aber das letztere der Fall, wie bei der großen Gruppe der Renten- und vieler Kriegshysteriker, so bilden diese sekundären Assoziationen eine Quelle stets sich erneuernder Energie, die, entgegen einer natürlichen Tendenz zum allmählichen Ausgleich auch der pathologischen Engramme, die letzteren weiter fixiert und damit die Krankheit unterhält.

Wie die psychopathischen Abweichungen im allgemeinen nichts prinzipiell Neues darstellen, so wurzeln auch die hier genannten Entstehungsbedingungen hysterischer Komplexe: die erweiterte Ausstrahlung der affektbetonten Vorstellungen, die „hypnoiden" Zustände, die Fixierung der entstandenen Engramme auf primärem und sekundärem Wege letzten Endes im Normalen, zu dem alle möglichen Übergänge hinüberführen, und sie stehen auch untereinander in einem reziproken Verhältnis. Je schwächer daher die primäre Fixierung ist, einen um so größeren Anteil haben am Fortbestehen eines Symptomes, u. U. auch an dessen weiterer Gestaltung, die sekundär damit verknüpften Vorstellungen (die übrigens z. T. vor Eintritt des auslösenden Vorganges schon vorhanden sein können). Dem Beobachter erwächst dann u. U. der Eindruck des Gekünstelten und

[1]) Hier würde für die Anhänger der Lehre vom Unterbewußtsein die Wirksamkeit „unterbewußter Vorstellungen" mit ihren Affekten beginnen. Ob man das, was sich in einem gegebenen Augenblick außerhalb des Bereichs des Bewußtseins befindet, als latente oder unterbewußte Vorstellungen bezeichnet, oder — von der materiellen Seite gesehen — als ein System von Engrammen, in denen sich mehr oder minder schwache Erregungen abspielen, ist schließlich gleichgültig; daß aber diese unterschwelligen Reize bzw. die unterbewußten „Vorstellungen", und zwar letztere durch ihren Inhalt einen besonders lebhaften oder gar krankmachenden Einfluß auf die Psyche entfalten sollen, scheint dem Vortr. mit *Kraepelin* aller Erfahrung entgegenzustehen.



wußten der Symptome. Je stärker aber die primäre Fixierung ist, je automatischer dadurch die Innervierung des Komplexes sich vollzieht, desto mehr entsteht der Eindruck des Natürlichen und Unbewußten. Für den Kranken drückt sich der gleiche Unterschied in einer (bis zu einem gewissen Grade) verschiedenen Stellungnahme zu dem Symptom aus, für den Therapeuten wohl auch in einer verschiedenen Wirksamkeit seiner Mittel. Vielleicht sind es Fälle starker kombinierter primärer und sekundärer Fixierung, welche, ohne daß der Verdacht der Simulation vorliegt, jeder Therapie trotzen.

Der hier skizzierte Deutungsversuch hysterischer Phänomene, der natürlich mancherlei Berührungspunkte mit denen anderer Autoren hat, hat gewissermaßen zwei Gesichter, deren eines der psychischen, das andere der physischen Seite der Vorgänge zugewendet ist.

Nach Meinung des Vortr. hat er bessere Aussichten, manchen hysterischen Erscheinungsformen, besonders den auf das Somatische ausstrahlenden, an die hier hauptsächlich gedacht ist, gerecht zu werden, als das Bestreben, sie rein psychologisch zu erfassen. Wir müssen zugeben, daß wir nicht in der Lage sind, indem wir uns in den Seelenzustand eines schweren Hysterikers zu versetzen trachten, die Kette der Erscheinungen bis zur Entstehung der eigentümlichen Ausdrucksformen der Krankheit zu verstehen. Ein Versuch, hier weiter zu kommen, muß an zunächst freilich hypothetische Eigenschaften des Substrats anknüpfen.

(Ausführliche Veröffentlichung an anderer Stelle.)

Bumke.

Kleinere Mitteilungen.

Deutscher Verein für Psychiatrie, E. V.: Rechnungs-Abschluß für das Jahr 1916.

A. Kassenbestand vom Vorjahr:		13 838,73
B. Einnahmen:		
a) 567 Mitgliederbeiträge für 1916 zu 5 M.	2 835,—	
b) Je 1 Mitgliederbeitrag für 1916 und 1917 zu 5 M.	10,—	
c) Zinsen aus 2500 M. 3 % Pfandbriefen	75,—	
„ „ 3000 M. 3 ½ % „	105,—	
„ „ 5500 M. 4 % Reichsanleihe	220,—	
„ „ 4000 M. 5 % Kriegsanleihe II bis IV.	150,—	
d) Portoersatz	15,30	
e) Zurückgezahlter Reisebeitrag	500,—	
Summe der Einnahmen:		3 910,30
A. und B. zusammen:		17 749,03
C. Ausgaben:		
a) Geschäfte des Vorstands:	387,80	
b) Geschäfte der Kassenführung	78,28	
Zusammen:		466,08
Bleibt Bestand:		17 282,95
Auf Erwerb von 3000 M. Kriegsanleihe IV und V verwendet 2 903,65.		
D. Vorhanden in:		
Nom. 2500 M. 3 % Pfandbriefe: Ankaufswert	2 168,35	
„ 3000 „ 3 ½ % „ „	2 930,85	
„ 5500 „ 4 % Reichsanleihe „	5 586,70	
„ 2000 „ 5 % Kriegsanleihe II „	1 947,20	
„ 1000 „ 5 % „ III „	965,40	
„ 1000 „ 5 % „ IV „	972,90	
„ 2000 „ 5 % „ V „	2 930,75	
Barbestand der Kasse:	780,80	
		17 282,95

Winnental, den 4. März 1917.

Der Schatzmeister:
Obermedizinalrat Dr. *Kreuser.*

Anmerkung: Von den im Felde stehenden Kollegen sind Mitgliederbeiträge teilweise uneinbringlich gewesen. Für 1917 wird wieder ein Beitrag von 5 M. eingefordert werden, damit sich der Verein an der Zeichnung auch für die Kriegsanleihe VI beteiligen kann. Nach Friedensschluß wird es an passender Gelegenheit zur Verwendung der Einnahmen nicht fehlen.

Die Heinrich Laehr-Stiftung hat im Rechnungsjahr vom 1. April 1916 bis 1. April 1917 1100 M. an Prof. Dr. *Isserlin*-München zur Fortsetzung seiner psychologisch-phonetischen Untersuchungen gezahlt. Das Vermögen der Stiftung bestand am 1. April 1917 aus

5 000 M.	3 %	preuß. Konsols	eingetragen im Staatsschuldbuch und der Darlehnskasse Berlin verpfändet
100 000 „	3½ %	„ „	
37 000 „	4 %	„ „	
96 500 „	5 %	1. Kriegsanleihe	eingetragen im Reichsschuldbuch und der Darlehnskasse Berlin verpfändet
70 000 „	5 %	2. „	
52 000 „	5 %	3. „	der Darlehnskasse Berlin verpfändet
39 000 „	4½ %	4. „	
29 000 „		5. „	
4 000 „	4½ %	6. „	

4 594,60 M. Guthaben bei der Darmstädter Bank.

Demgegenüber standen 275 150 M. Schulden an die Darlehnskasse Berlin.

Heinrich Schüle †. — Aus Leben und Beruf zugleich ist am 9. Dezember 1916 *Heinrich Schüle* im Alter von 76 Jahren geschieden. Die Psychiatrie hat an ihm einen Vertreter verloren, gleich ausgezeichnet durch die Zeitdauer wie durch Umfang und Wert seiner Leistungen. Über 53 Jahre lang hat seine Wirksamkeit in Illenau gewährt. Mehr als ein Vierteljahrhundert war er *Roller* und *Hergt* die verläßlichste Stütze und ein bahnbrechender Mitarbeiter, länger als ein zweites Vierteljahrhundert hat er nach ihnen die Anstalt geleitet. Ohne je den Geist seiner Vorgänger zu verleugnen, ist er zum Herold einer neuen Zeit geworden nicht nur für Illenau. Unter seiner Leitung hat die Anstalt ihre Krankenzahl verdoppelt und sich zugleich in allen ihren Einrichtungen verjüngt; für den Ausbau des badischen Irrenwesens ist er zum maßgeblichen Berater geworden. In Wort und Schrift ein eifriger und zielbewußter Vorkämpfer für alle fortschrittlichen Bestrebungen der Irrenheilkunde ist er weit über die Grenzen seiner engeren Heimat hinaus zu einem bewährten Führer in seinem Fache geworden, hat er sich durch die Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung und deren lehrhafte Verwertung ungesucht Weltruhm verschafft. Dabei ist der mit so vortrefflichen Geistesgaben ausgerüstete, von reichem Wissen erfüllte, für alles, was des Menschen Herz über den Alltag erhebt, empfängliche, ja geradezu begeisterte Mann doch von rührender Anspruchlosigkeit geblieben, durchdrungen von Liebe und



Pflichtgefühl gegen seine Mitmenschen, von wärmster Teilnahme für alles Leiden und eben darum von unermüdlichem, mit entschlossener Tatkraft gepaartem Eifer zur Hilfe; bei seltener Tiefe des gemütlichen Empfindens von reinem Adel der Gesinnungen, der berufene Seelenarzt, allseitig hochgeschätzt und aufrichtig verehrt.

Im Sommer 1863 nach kaum erst glänzend bestandener Staatsprüfung auf *Eckers* und *Kußmauls* Empfehlungen frisch von der Freiburger Hochschule hinweg als Hilfsarzt nach Illenau berufen, sah sich *Schüle* hier, wie er rückschauend selbst erzählt [1]), in eine Umgebung versetzt, die ihn zunächst befremdlich, ja beklemmend anmuten wollte. Sein lebendiger Geist hat sich rasch darin zurechtgefunden: schon als am 18. Oktober der Völkerschlacht bei Leipzig feierlich in der Anstalt gedacht werden sollte, erschien er als der geeignetste Festredner. Am geselligen Leben der Anstalt hat er weiterhin nicht weniger rege sich beteiligt, seine Kräfte als ernster wie als fröhlicher Sänger ihm zur Verfügung gestellt. War die Pflege eines familiären Innenlebens, wie *Roller* es nachdrücklich betont hat [2]), doch damals auch den öffentlichen Irrenanstalten eine nicht unwesentliche Aufgabe. Ganz allgemein sollte die ärztliche Fürsorge dadurch volkstümlicher gestaltet und von den hergebrachten Vorurteilen gegen die Geisteskranken befreit werden; auch hatten noch ganz wenig Privatunternehmungen erst für die Bedürfnisse anspruchvollerer Kranker nach dieser Richtung zu sorgen begonnen, so daß im Rahmen aller Anstalten auch ihnen Rechnung zu tragen war. In Illenau war von jeher dieser Seite einer psychischen Behandlung besondere Aufmerksamkeit zugewandt worden. *Schüle* wäre der letzte gewesen, sich davon auszuschließen: stets hat er den alten Brauch hochgehalten. Anstaltsfesttage wie seinen 70. Geburtstag am 24. August 1910 oder sein Dienstjubiläum am 4. Juli 1913 muß man miterlebt haben, um einschätzen zu können, was er dabei bezweckt, geleistet und erreicht hat. Auch als der Gefeierte des Tages hat er sich unablässig im Dienste befunden. Mit sicherem Blick das rege Treiben unter den hochragenden Bäumen des Anstaltsfestplatzes beherrschend, hat er sich die unscheinbarsten Vorkommnisse nicht entgehen lassen. Für jeden hatte er ein Auge, ein freundliches Wort, einen Gruß oder Händedruck zur Aufmunterung für die Gedrückten, zur Anerkennung für etwaige Darbietungen; als ein väterlicher Freund schaltete und waltete er rastlos unter seinen Kranken und Angestellten. Wer dabei nicht sofort erkennen mochte, was er an Einfluß auf Pfleglinge und Personal gewann, dem mochten es die Besuche früherer Anstaltsangehöriger offenbaren, die bei solchen Gelegenheiten von nah und fern in Illenau zusammenströmten, um ihre Anhänglichkeit und Dankbarkeit zu bekunden. Unzweideutig sprach daraus ein Zeugnis für die Einschätzung, die *Schüles*

[1]) Rede beim 50jährigen Dienstjubiläum.

[2]) *Roller*, Psychiatrische Zeitfragen, Berlin 1874.





persönlicher Anteil an der Krankenfürsorge bei seinen Schutzbefohlenen gefunden hat. Auch ein *Hansjakob* hat ja bekundet, wie seine Besuche immer sehnsuchtsvoll erwartet worden sind. Hatte *Schüle* seinem Vorgänger *Hergt* unerreichte Meisterschaft in psychischer Krankenbehandlung nachgerühmt, so ist er selbst darin gewiß nicht hinter jenem zurückgeblieben. Gar manche Stiftung, deren sich die Illenauer Anstalt aus den Kreisen ihrer Pflegebefohlenen erfreuen darf, ist in Wirklichkeit nur eine Form innigen Dankes für *Schüles* persönliche Art bei der Krankenbehandlung. Im heutigen mehr krankenhausmäßigen Betriebe der meisten größeren Anstalten wird vielfach dieser Seite ärztlicher Betätigung geringerer Wert beigelegt, wird es vielleicht da und dort auffallen, daß sie bei diesen Gedenkworten vorangestellt wird. Für *Schüle* war sie jedenfalls von besonderer Bedeutung. Trat darin doch zutage, wie sehr für ihn der Schwerpunkt psychiatrischer Wirksamkeit im Erfassen und in der Behandlung kranker Personen gelegen hat. Möge sein Vorbild gerade auch nach dieser Richtung nie unbeachtet bleiben!

Die Krankheitsvorgänge als Erscheinungen veränderter Lebenstätigkeit richtig zu erkennen, zu bewerten und zu beeinflussen hat er darüber gewiß nicht vergessen. Hat er doch in den ersten Reihen derer gestanden, die naturwissenschaftliche Gesichtspunkte dafür nachdrücklich zur Geltung gebracht haben. Von Anfang an war ihm festgestanden, daß Seelenstörungen auf organischen Erkrankungen beruhen. An der Hand der „psychischen Auskultationsphänomene" nun auch den Spuren der entsprechenden körperlichen Veränderungen mit allen heranziehbaren physikalischen Untersuchungsmethoden nachzugehen, war sein vornehmstes Streben; Benennung und Einteilung der Krankheiten und selbstverständlich auch ihre Behandlung wollte er auf solche Erkenntnis gründen. Bei seinem Eintritt in den Dienst der Psychiatrie waren die naturphilosophischen Anschauungen des Zeitalters der Romantik noch keineswegs überwunden. Um an ihre Stelle ebenso wie sonst in der Heilkunde naturwissenschaftliche Ergründung zu setzen, bedurfte es gar mancher Neuerungen. Ungescheut ist *Schüle* alsbald auch an die schwerer zugänglichen Geisteskranken mit Wärmemessungen, der Aufnahme von Pulskurven, mit Augen- und Ohrenspiegel, Tasterzirkel, Maßen und Gewichten, elektrischen Strömen und dergleichen mehr herangetreten. Pathologisch-anatomische und histologische Untersuchungen wurden mit besonderem Eifer angeschlossen, um so immer sicherere Unterlagen für die Abgrenzung verschiedener Krankheitbilder zu gewinnen [1]). War mit alledem Neuland betreten worden, so ergab sich doch nicht etwa ein Gegensatz zu *Roller* daraus. Mochte dieser hin und wieder nur zögernd auf Neuerungen eingehen, das Streben des jüngeren Mitarbeiters war durchaus nach seinem Sinne. In einem seiner Briefe an Zeller, auf den ich einmal in alten Akten

[1]) Allg. Ztschr. für Psychiatrie Bd. 24, 25, 26, 27, 28, 32, 33, 35, 36, 47.



unserer Anstalt gestoßen bin, hat er seine lautere Freude darüber ausgesprochen.

Hatten sich doch Einrichtungen und Betrieb der Illenauer Anstalt den Ruf von Mustergültigkeit erworben; ihn zu erhalten, hat sich *Roller* stets angelegen sein lassen. Dieser Ruf ist es ja doch auch gewesen, der große Anziehungskraft auf ältere und jüngere Irrenärzte ausgeübt hat, so daß gar mancher, der später im Inland oder auch im Ausland zu leitender Stellung in seinem Berufe gelangt ist, sich seine Ausbildung oder wenigstens deren Vervollständigung in Illenau geholt hat. Für die Ärzte daselbst und für *Schüle* insbesondere ergaben sich daraus erwünschte Beziehungen und Anregungen, auch Anlaß zu gemeinsamer Arbeit. Ihrer hat *Schüle* stets mit besonderer Dankbarkeit gedacht. Zu keinem seiner Kollegen sind sie so innig gewesen wie zu seinem Altersgenossen *v. Krafft-Ebing* [1]). Bald nach *Schüle* war dieser ebenfalls als Hilfsarzt nach Illenau gekommen; fünf Jahre sind die beiden nebeneinander dort tätig gewesen. Nie haben sie der gegenseitigen Förderung vergessen, die ihnen aus dieser Arbeitsgemeinschaft erwachsen ist. Gewinn daraus haben nicht nur sie selbst gehabt, auch das Illenauer und das allgemeine wissenschaftlich-psychiatrische Leben. Dem im Tode Vorangegangenen hat der Überlebende im 60. Bande der Allg. Ztschr. einen tiefempfundenen Nachruf gewidmet.

Zunächst wetteiferten die Freunde im unmittelbaren Krankendienste. Von sich selbst sagt *Schüle*: „Ich fühlte bald, daß es Schöneres nicht gibt und nicht geben kann, als einer ratlosen, krankhaft niedergedrückten Menschenseele beizustehen und sie nach und nach sich selbst wiederzugeben, nachdem man in strenger Individualisierung die ursächlichen Zusammenhänge erkannt und die nervösen Schädigungen aus dem Wege geräumt hat. Arzt sein, heilen, lindern ist und bleibt doch das Höchste und Köstlichste, noch viel wertvoller und befriedigender als das Beobachten, Forschen und Finden, so groß und rein auch diese intellektuelle Freude ist." Solchem Sinn entsprach bei *Schüle* jederzeit die Tat. Was immer das Wohl seiner Kranken fördern konnte, hat er freudigst begrüßt und zur Anwendung zu bringen versucht, ebenso bereitwillig, von andern zu lernen, als erfinderisch in eigenen Vorschlägen. Hatte er sich erst noch um die Abschaffung der Zwangsmittel zu bemühen gehabt, so folgten freiere Behandlung, vielseitige Beschäftigung, Überwachungsabteilungen und neuzeitliche Badeeinrichtungen, ganz zu geschweigen von Versuchen mit verschiedenartigen Arzneimitteln und dem ganzen Rüstzeug der heutigen Krankenpflege. Allenthalben erst vorsichtig tastend und prüfend war er stets darauf aus, sich sein eigenes Urteil am Krankenbett zu bilden, sich durch Lob und Tadel von anderer Seite weder fortreißen

[1]) Vgl. seinen Nekrolog in der Allg. Ztschr. für Psychiatrie LX S. 305 und die Worte bei Enthüllung der Büste in der Wiener Universität, III. internationaler Kongreß für Irrenpflege S. 630.



noch beirren zu lassen. Die geschichtliche Entwicklung der Irrenpflege während eines halben Jahrhunderts verknüpft sich mit seinem Namen und seinen Erfahrungen. Mit Leib und Seele Arzt, hat er ohne jegliche Einseitigkeit nach Hilfe und Linderung für die Kranken gesucht, ist er nicht etwa nur auf den Glanz äußerer Erfolge ausgewesen, hat er auch die bescheidenen Dienste nicht gering geachtet, die noch Erleichterung zu schaffen vermögen, wo Wiederherstellung sich nicht mehr hoffen läßt. „Nicht in der Heilung der Heilbaren" — heißt es in seinem Handbuche —, „sondern in der geistig hebenden und fördernden Pflege der Unheilbaren liegt der Irrenanstalten schönste Auszeichnung." So manche seiner Mitteilungen im Kreise der Fachgenossen bekundet seine besondere Sorgsamkeit nach dieser Richtung [1]).

Zu Beginn seiner praktischen Wirksamkeit hatte die Illenauer Anstalt allein noch alle voraussichtlich heilbaren Geisteskranken des badischen Landes aufzunehmen, stand ihr zur Versorgung Unheilbarer allein die Pforzheimer Pfleganstalt zur Seite. Bald sollten beide für ihre Aufgaben nicht mehr ausreichen, galt es, die Irrenfürsorge des Landes Schritt für Schritt zu erweitern und zugleich den Forderungen nach psychiatrischem Unterricht zu genügen. Alle Entwürfe nach dieser Richtung waren in erster Linie *Schüles* Aufgabe. In besonderen Denkschriften [2]) hat er, später von Mitarbeitern unterstützt, die Bedürfnisse klargelegt, nach ihrer Anerkennung die Pläne [3]) bearbeitet und teilweise ihre Ausführung geleitet. Die psychiatrischen Kliniken der beiden badischen Hochschulen und drei neuer Heil- und Pfleganstalten hatten an *Schüles* Bahre den Dank auszusprechen für seine Mitarbeit bei ihrer Entstehung; insbesondere hatte die Heidelberger Klinik, die erste ihrer Art, die in Deutschland eigens für ihre Zwecke erbaut worden ist, ihn als ihren Schöpfer zu rühmen. — Daß auch Illenau selbst unter *Schüles* Leitung sehr erheblich erweitert und allen Anforderungen der Neuzeit in vorbildlicher Weise angepaßt worden ist, darf in diesem Zusammenhang nicht unerwähnt bleiben.

Vielfach, nicht nur aus der engeren Heimat, ist *Schüles* Gutachtertätigkeit vor Gericht in Anspruch genommen worden, teilweise für Entscheidungen, die allgemeines Aufsehen erregt und ihm dadurch einen besonderen Andrang von vermeintlich zu unrecht für geisteskrank Erklärten verschafft haben. Klar und bestimmt hat er es verstanden, die für die richterliche Beurteilung wichtigen Gesichtspunkte hervorzuheben. Eine Meisterschaft in der Beherrschung des gesprochenen Wortes ist ihm dabei sehr zustatten gekommen.

Seiner Sinnesart näher noch lag freiwillige Hilfsbereitschaft für die wirtschaftlich durch ihr Leiden Geschädigten. In Illenau standen ihm

[1]) Allg. Ztschr. für Psych. Bd. 28, 32, 37, 36, 40, 51, 53.

[2]) 1901 u. 1909

[3]) Allg. Ztschr. für Psych. Bd. 41.



dafür reichliche Stiftungsmittel zu Gebote. Um auch über den Rahmen dieser Anstalt hinaus in gleichem Sinne wirken zu können, hat er, auf einen Lieblingsgedanken *Rollers* zurückgreifend, einen badischen Hilfsverein für entlassene Geisteskranke und notleidende Familien ins Leben gerufen und geleitet. Seit 1906 durfte er sich dessen segensreicher Tätigkeit mit besonderer Genugtuung erfreuen.

Nicht weniger durften sich die Kollegen *Schüles* Hilfsbereitschaft mit Rat und Tat erfreuen. Jüngeren Ärzten der Anstalt hat er die vielseitigsten Anregungen geboten. Zu Fortbildungskursen haben sich alljährlich Praktiker um ihn versammelt, besonders zur Vorbereitung auf die staatsärztliche Prüfung. Den Berufsvereinen hat er sich gern mit Vorträgen zur Verfügung gestellt, und an ihren Besprechungen hat er sich fragend, berichtigend und ergänzend lebhaft und schlagfertig beteiligt. Ebenso gern empfangend wie gebend, war er mit seinen durch Form und Inhalt gleich fesselnden Ausführungen bei allen Vereinen und Versammlungen einer ihrer belebendsten Teilnehmer, in vielen der besonnene und tonangebende Leiter. Im Deutschen Verein für Psychiatrie zumal und in dessen südwestdeutschen Abzweigungen war er eines der regelmäßigsten und tätigsten Mitglieder, bis ihm gesundheitliche Rücksichten mehr Beschränkung in solchen Dingen auferlegt haben. Im Vorstande und als Schatzmeister des Hauptvereins hat er diesem viele Jahre hindurch die ersprießlichsten Dienste geleistet. Bis zu seinem Lebensende ist er an der Herausgabe der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie beteiligt geblieben, für die er seit 1879 gewonnen worden war. Außer zahlreichen eignen Beiträgen aus seiner Feder finden sich daselbst namentlich auch seine Berichterstattungen über einheimische, französische und englische Fachliteratur. Sie zeugen von gründlichem und umfassendem Studium der jeweiligen Neuerscheinungen. Sind in den letzten Jahren seine eigenen Beiträge seltener geworden, so wird man andern aus Illenau nicht zu nahe treten, wenn man aus ihnen wenigstens seines Geistes Hauch zu verspüren glaubt, wenn schon ihre Ausarbeitung anderen Persönlichkeiten zu verdanken ist. Eine Probe solcher Leistungen, die des Meisters vielseitigen Einfluß verrät, ist ihm von Illenauer Ärzten als Festgabe zum 50jährigen Dienstjubiläum dargebracht worden [1]).

Eine so überaus rührige Natur wie *Schüle* mußte sich fast zu schriftstellerischer Arbeit gedrängt fühlen, sobald die eigenen Erfahrungen und Beobachtungen so weit gereift waren, um selbständige Anschauungen darauf begründen zu lassen. Als erste solche Frucht seines inneren Schaffens hat er 1867 das Krankheitsbild der Dysphrenia neuralgica [2]) aufgestellt, indem er die seelischen Störungen zusammengefaßt hat, die auf dem Wege über veränderte Empfindungen in peripheren Nervengebieten zur Entwicklung

[1]) Allg. Ztschr. für Psych. Bd. 70.

[2]) Karlsruhe 1867.



kommen. Mag weitere Ursachenforschung namentlich dem so gewonnenen Gebiete inzwischen wesentlich engere Grenzen gesteckt haben, so ist die Forderung seines Suchens nach Störungen in den körperlichen Lebensvorgängen als Grundlagen für geistige Erkrankungen in der Folge nur immer noch mehr zutage getreten. Namentlich hat er selbst einen wichtigen weiteren Schritt in dieser Richtung getan mit seiner 1874 nachfolgenden Veröffentlichung von „Sektionsergebnissen bei Geisteskranken"[1]). Der Freiburger Hochschule gewidmet, ist diese Arbeit von ihr der Verleihung des Ehrendoktors für würdig befunden worden. In der Tat stellt sie wohl den ersten planmäßigen Versuch dar, zu einer pathologischen Anatomie der Geisteskrankheiten und ihrer Unterformen zu gelangen, indem sie die makroskopischen und mikroskopischen Befunde an der Leiche in gesetzmäßige Beziehungen zu den während des Lebens beobachteten seelischen Störungen zu bringen sich zum Ziele gesetzt hatte. Verbesserte Hilfsmittel und vollkommenere Untersuchungsmethoden sind seither gewonnen worden, um über *Schüles* damalige Ergebnisse wesentlich hinauszuführen; seine Forschungsrichtung ist beibehalten worden und kann auch künftig kaum je mehr verlassen werden. Sie bleibt einer der unerläßlichen Grundzüge jeder klinischen Psychiatrie.

Wie durchschlagend in dieser Richtung *Schüles* Arbeiten gewirkt haben, ergibt sich wohl am besten aus der im Anschluß daran ihm gewordenen Aufforderung, für das *Ziemßensche* Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie das Gebiet der Geisteskrankheiten zu übernehmen. — Seit *Griesingers* durchschlagendem Erfolge mit einer zusammenfassenden Darstellung des psychiatrischen Wissens war es zu einem ähnlichen Unternehmen nicht mehr gekommen. *Griesinger* selbst war tot; die Überarbeitungen seines Buches konnten es nicht auf der früheren Höhe erhalten. Trotz eifriger schriftstellerischer Tätigkeit zahlreicher Irrenärzte konnte sich keiner finden, der wieder einmal den ganzen Stoff so zu sammeln und zu sichten bereit gewesen wäre, wie es zu seiner übersichtlichen Wiedergabe dringend wünschenswert erschien. Selbst einer der dazu berufensten akademischen Lehrer des Faches, *Westphal*, hatte die Einladung dazu abgelehnt. Mutig hat sich *Schüle* dieser Aufgabe unterzogen. Im Jahre 1878 konnte sein „Handbuch der Geisteskrankheiten" als 16. Band jenes Sammelwerks erscheinen. Rasch wurde eine zweite Auflage notwendig; eine dritte völlig umgearbeitete folgte 1885 mit dem neuen Titel „Klinische Psychiatrie". Übersetzungen dieses Werkes sind in französischer, russischer und neugriechischer Sprache herausgegeben worden. Schon mit der ersten Auflage war nach kaum Jahresfrist des Freundes *v. Krafft-Ebing* Lehrbuch der Psychiatrie in Wettbewerb getreten. Für die Art desselben bezeichnend ist, daß die Freunde sich ihre Bücher gegenseitig zugeeignet haben.

[1]) Leipzig 1874.



Kaum kann man ihrer gedenken, ohne sie untereinander einigermaßen zu vergleichen. Vermöge seiner übersichtlichen Darstellung des gesicherten Besitzstandes an psychiatrischen Kenntnissen der damaligen Zeit und begünstigt durch flüssige, leicht faßliche Art der Darstellung, hat das *v. Krafft-Ebing*sche Lehrbuch raschere und weitere Verbreitung gefunden. Ganz besonders für alle Anfänger war es schon dadurch geeigneter, daß es sich auf schlichtere Wiedergabe des Stoffes zu beschränken, wissenschaftliche Streitfragen höchstens anzudeuten bemühte. Wesentlich anders hat *Schüle* seine Aufgabe durchgeführt. Über das unmittelbar ärztliche Gebiet hinausgreifend, bezieht er auch psychologische Erörterungen in sie ein, stellt den reichen Schatz eigener Beobachtungen fremden Ansichten gegenüber und knüpft er daran allerlei Fragestellungen und Gedankengänge an, über die erst noch Aufschluß gewonnen werden soll durch weitere Forschungen. So bietet *Schüles* Buch namentlich allen in der Psychiatrie Erfahrenen wesentlich mehr, enthält es vielseitige Anregungen auch dann noch, wenn man des Verfassers Anschauungen nicht ganz oder nicht mehr zu teilen vermag. Seine Bedeutung dürfte es wohl für längere Zeiten behaupten, wenn schon es inzwischen von mancherlei Fortschritten überholt worden ist. Leichter Lesestoff ist es freilich nicht; um so mehr gibt es Anlaß zum Nachdenken. Einer seiner eigenartigsten und fruchtbarsten Gedanken ist gewiß der durchgreifende Unterschied, der in der Erscheinungsweise und im Verlaufe der Geistesstörungen gesucht und gefunden wird, je nachdem sie ein „rüstiges" oder ein „invalides" Gehirn befallen. Das Gebiet der Ursachenforschung ist damit von einer Seite her betreten, die folgerichtig zu vorbeugenden Maßnahmen gegen eine fortschreitende Entartung führen muß. Diesen Schlüssen galten denn auch spätere Bemühungen *Schüles*, obschon inzwischen den Quellen des Irreseins von ganz anderer Seite her beizukommen weit mehr versucht worden ist.

Erschöpfend hat *Schüle* die klinische Psychiatrie dargestellt; keineswegs erschöpft war dadurch sein eigener Arbeitsgeist und Wissensdrang. Tauchten anderweitige klinische Auffassungen auf, so hat er an ihrer Hand die eigenen immer wieder nachgeprüft und dazu auch wieder das Wort ergriffen, wie z. B. zur Begriffsbestimmung der Paranoia [1]) und der Katatonie [2]). Vorzugsweise sind es aber Erblichkeitsforschungen, mit denen er sich in seinen späteren Jahren befaßt hat, um auf ihrer Grundlage Mittel und Wege zu gewinnen, dem Fluche fortzeugender krankhfter Veranlagung durch Heiratsverbote einen Riegel vorzuschieben [3]). So bestimmt Naturgesetze solche Bahnen weisen müssen, die Schwierigkeiten, durch Rechtsgesetze ihre Einhaltung zu erzwingen, hat er doch wohl unterschätzt. Um sie zu beseitigen, gibt es freilich kaum einen andern Weg, als die von

[1]) Allg. Ztschr. für Psych. Bd. 50.
[2]) Allg. Ztschr. für Psych. Bd. 58.
[3]) Allg. Ztschr. für Psych. Bd. 42, 61.



ihm angelegte großzügige gemeinsame Arbeit in Erblichkeitsfragen [1]).

Die Ausarbeitung derartiger Entwürfe hat *Schüle*, wie schon angedeutet, mit der Zeit mehr und mehr jüngeren Mitarbeitern überlassen; doch unter lebhafter persönlicher Beteiligung an ihrer Durchführung. Die vielseitigen Bürden der Anstaltsleitung wie des Ausbaues der heimischen Irrenfürsorge nahmen seine Zeit und Kraft jetzt besonders in Anspruch, während persönliche Erlebnisse gebieterisch verlangten, haushälterisch damit umzugehen. Von schwerer eigener Krankheit hatte er sich wohl gut erholt, um eine staunenswerte körperliche Widerstandsfähigkeit nebst ungeschmälter geistiger Frische und Leistungsfähigkeit beizubehalten bis ins hohe Alter. Tief erschüttert haben ihn dagegen der Gattin und eines Sohnes Tod, die sich rasch aufeinander folgten. Ein guter Arzt für sich selbst, hat er sich, um die unmittelbare Berufsarbeit unter keinen Umständen notleiden zu lassen, weise Beschränkung auferlegt in den schönsten Freuden seines Lebens, in der wissenschaftlichen Forschung und im Verkehr mit gleichgesinnten Kollegen. Die zahlreichen persönlichen Beziehungen, die er im Laufe der Jahre anzuknüpfen Gelegenheit gefunden hatte, waren ihm stets innigste Herzensangelegenheit gewesen. Auf ihre Pflege hat er nur ungern, aus lauterem Pflichtgefühl, verzichtet; die geistige Zusammengehörigkeit hat er aufrecht zu erhalten gesucht durch regelmäßige schriftliche Grüße an die alten Freunde bei ihren Zusammenkünften.

Einen etwas schwärmerischen Zug seines Wesens darin erblicken zu wollen, mag manchen um so näher gelegen haben, als auch die *Schüle* eigene Sprache vielfach danach klang. Vergleichen und Bildern begegnete man darin fast mehr, als glatter Verständigung wohl dienlich sein mochte. Ein Flug der Gedanken durch die verschiedensten Wissensgebiete und Lebensanschauungen trat darin zutage, dem nicht jedermann mit derselben Leichtigkeit zu folgen vermochte. Trotz solchen spielenden Hinausgreifens über die Grenzen naturwissenschaftlicher Denkweise hat er doch sachlich deren Boden nie verlassen, hat er nur gezeigt, daß seinem umfassenden Geiste auch andersartige Anschauungen stets gegenwärtig waren. Betrat er um der Erklärung willen solche Nebenwege, so konnten Andern wohl seine Ziele darüber verdunkelt werden, ihm selbst standen sie darum nicht weniger klar vor Augen; eine nüchtern denkende Natur ist er stets geblieben, so wenig er sein überreiches Gefühlsleben je zu verbergen versucht hat. — Die gegen seine Ausdrucksweise erhobenen Einwendungen hat er übrigens bei der Neubearbeitung des Handbuchs bereitwillig berücksichtigt.

Einseitigkeit und Weltfremdheit, wie man sie den Irrenärzten bei ihrem eingezogenen Leben so vielfach zuzutrauen liebt, waren gewiß niemand ferner gelegen als *Schüle*. Obschon ganz erfüllt von seinem Berufe, hat er doch nie verkannt, daß dieser nur ein Teilgebiet menschen-

[1]) Allg. Ztschr. für Psych. Bd. 62.

freundlicher Bestrebungen darstellt, sich aber auf Personen aus den allerverschiedensten Lebensstellungen zu erstrecken hat. Wer ihn so erfolgreich zu üben vermag wie *Schüle*, für den ist darum auch ein weitgehendes Verständnis für die mancherlei Verhältnisse der Bevölkerung und eine umfassende allgemeine Bildung unerläßliche Voraussetzung. Diesen Anforderungen hat *Schüle* in besonderem Maße zu genügen verstanden; sich dafür tüchtig zu erhalten, war sein Bestreben in den spärlichen Erholungszeiten, die er sich gegönnt hat. Mit offenem Sinn für Natur und Kunst verband er eine Genußfreudigkeit, die andere mitreißen mußte, eine Lebendigkeit der Auffassung, der die Gründlichkeit des Forschers auch nach dieser Richtung nicht nachgab. Wie hat er nur den heimischen Schwarzwald geliebt und gekannt, ohne darüber andere Naturschönheiten geringer zu achten; wie hat er so gern in Italien geweilt, um seiner klassischen Erinnerungen und seiner Kunstschätze sich zu freuen. Boten sich daheim aber Mußestunden, so waren sie den Gaben der schönen Literatur geweiht; vor allem hat er seinen Goethe immer wieder hervorgeholt.

Lebendigen Anteil hat er genommen an allen Angelegenheiten von allgemeinerer Bedeutung, auch wenn sie nicht wie die Errichtung von Volksnervenheilstätten und von Trinkerasylen das eigene Wirkungsgebiet nahe berührten. Seine Betätigung innerhalb der Gemeinde hat die Stadt Achern durch Verleihung des Ehrenbürgerrechts anerkannt. Für alle staatlichen Erfordernisse hatte er einen guten Blick, und ganz besonders hat er sich zu allen Zeiten für des großen deutschen Vaterlandes Wohl und Gedeihen erwärmt. Einst hatte er Deutschlands Befreiung von der Fremdherrschaft rednerisch zu feiern gehabt; Feuer und Flamme ist er für Deutschlands Einigung gewesen, und am jetzigen Kampfe um des Reiches Bestand hat er mit allen Fasern des eigenen Seins teilgenommen; freudige Genugtuung war es ihm, daß er auch Opfern des heißen Ringens seine Fürsorge zuwenden konnte.

Wie er das Beste gewollt, hat er stets auch das Beste gehofft und zuversichtlich einem vollen deutschen Siege entgegengesehen. Selbst äußerst friedliebend, ist er doch keinem streitbaren Austrag von Meinungsverschiedenheiten je aus dem Wege gegangen, um sie zu klarer Entscheidung zu bringen. Ob er eine solche wohl erwartet hätte von der Kunde über das deutsche Friedensangebot, die denen entgegenkam, die von der Stätte zurückkehrten, an der seine irdische Hülle eben zur letzten Ruhe gebettet worden war? — Es ist der Illenauer Waldfriedhof in seiner stillen Abgeschiedenheit. Inmitten so Vieler, um die er während seines arbeitreichen Lebens besorgt gewesen war, ist er bestattet worden nach erhebender Gedenkfeier im Anstaltsfestsaale, einer großartigen Kundgebung des dankbaren Andenkens, das er sich durch reich gesegnetes Wirken in den weitesten Kreisen verdient hat.

An Anerkennungen aller Art hatte es ihm ja auch während des Lebens nicht gefehlt. Von seiten des großherzoglichen Hauses sind ihm bei verschiedenen Gelegenheiten äußerst warmherzige Kundgebungen



geworden. Regierung und Volksvertretung des badischen Landes haben wiederholt Anlaß genommen, seines treu besorgten Waltens öffentlich zu gedenken. In der Auszeichnung durch Titel und Orden, nicht nur aus der engeren Heimat, selbst aus dem jetzt feindlichen Ausland ist die Wertschätzung seiner Tätigkeit zum Ausdruck gelangt; nicht weniger durch andere Ehrungen aus akademischen Kreisen und aus wissenschaftlichen Vereinen. Solche zu Straßburg, Petersburg, Paris, London, Rom, Gent, Moskau und Wien haben ihm die Ehrenmitgliedschaft verliehen. Auch der Deutsche Verein für Psychiatrie hat ihn auf diese Weise aus der Zahl seiner ordentlichen Mitglieder herauszuheben gewünscht. Was aber könnte den durchschlagenden Erfolg seiner praktischen und wissenschaftlichen Betätigung besser kennzeichnen als die von 1869 bis 1886 sich immer wiederholenden Berufungen zur Übernahme der Leitung anderer Anstalten oder akademischer Lehrstühle seines Faches? Er hat sie alle abgelehnt, um der Anstalt, an der er seine Erfahrungen gesammelt hatte, auch bei Verwertung derselben treu zu bleiben. Durch diese seine Anhänglichkeit an Illenau ist *Schüles* äußerer Lebensgang auf einen engen Raum beschränkt geblieben. Weit war der Kreis derer, die sein segensreiches Wirken umspannt hat. An treuem Gedenken kann es dem nicht fehlen, der *sich selbst* und seiner Lebensaufgabe bis zum Tode so treu geblieben ist!

Kreuser-Winnental.

Personalnachrichten.

Dr. *Karl Wilmanns*, ao. Prof. in Heidelberg, ist zum Direktor der Landesanstalt bei Konstanz,

Dr. *Theodor Heller* in Haina und

Dr. *Theodor Malcus* in Marburg sind zu Oberärzten,

Dr. *Eduard Reiß*, Priv.-Doz. in Tübingen, ist zum ao. Professor,

Dr. *Gustav Landerer*, Dir. des Christophbades in Göppingen, ist zum Geh. Sanitätsrat,

Dr. *Otto Deiters*, Oberarzt in Grafenberg,

Dr. *Kurt Gallus*, Oberarzt in Potsdam,

Dr. *Otto Juliusburger*, Oberarzt am Berolinum in Lankwitz,

Dr. *Ernst Klipstein*, Oberarzt in Herzberge, und

Dr. *Alexander Wilhelmy*, leit. Arzt an der Hertzschen Anstalt in Bonn, sind zu Sanitätsräten ernannt worden.

Dr. *Richard Werner*, San.-Rat, Oberarzt in Buch, und

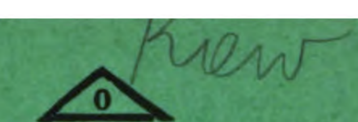
Dr. *Josef Reis*, Arzt an der Dr. Kahlbaumschen Anstalt in Görlitz, haben das Eiserne Kreuz 1. Klasse,

Dr. *Bernhard Schauen*, San.-Rat, Dir. in Neustadt, W.-Pr., und

Dr. *Joh. Stövesandt*, Prof., Dir. der Krankenanstalt in Bremen, die Rote Kreuz-Medaille 3. Kl. erhalten.

Dr. *Felix Winkler*, Oberarzt an der Landesanstalt Arnsdorf, ist gestorben.





ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BONHOEFFER UND **KREUSER**
BERLIN WINNENTAL

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

DREIUNDSIEBZIGSTER BAND
FÜNFTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 22. AUGUST



BERLIN W. 10
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1917

Preis des Bandes von 8 Heften (6 Hefte Originalien und 2 Hefte Literaturbericht) 32 Mark.


Heilanstalt Pützchen gegenüber Bonn am Rhein
Privat-Heil- u. Pflegeanstalt für Nerven- u. Gemütskranke der gebildeten Stände. 3 Ärzte.
Telefon № 229 Amt Bonn ••• Dr. A. Peipers, leitender Arzt und Besitzer

Die gerichtsärztliche Bedeutung der senilen psychischen Erkrankungen.

Von Dr. **Pieszczek**, Anstaltsarzt in Kortau.

Den Menschen geleiten auf seinem Lebenswege eine große Reihe von Gesetzesvorschriften, die ihm hauptsächlich in strafrechtlicher und zivilrechtlicher Hinsicht vorschreiben, was er im allgemeinen tun und lassen soll. Die meisten von ihnen gehen den geraden Weg, ohne viel von Gesetzesparagraphen zu wissen, allein kraft des ihnen innewohnenden, durch Erziehung und Sitte fest verankerten Bewußtseins der Pflicht gegen sich selbst und der Rücksichtnahme auf die Interessen der Mitmenschen, ein anderer Teil durchbricht aber die durch Recht und Sitte aufgebauten Schranken in mehr oder weniger erheblichem Maße, teils durch von außen auf einen schwachen Charakter einwirkende Ursachen, teils durch innere angeborene und vererbte Antriebe dazu bestimmt. Zu diesem gehören in erster Linie die geistig Minderwertigen, die Debilen, Imbezillen, die hysterisch Veranlagten, dann schließlich die mit einer ausgesprochenen Geisteskrankheit Behafteten, wobei die Dementia praecox, die Paranoia, die epileptische Geistesstörung, die progressive Paralyse und schließlich die große Gruppe der senilen Erkrankungen, unter denen die arteriosklerotischen Gehirnerkrankungen und die ausgesprochene Dementia senilis die hervorstechendsten sind, in Frage kommt. Man kann somit sagen, daß fast jedes Lebensdezennium zu einer bestimmten geistigen Erkrankung prädisponiert, auf Grund deren die in diesem Alter Stehenden möglicherweise mit dem Gesetzbuch irgendwie in Konflikt kommen können.

Für das Greisenalter ist es durch langjährige juristische und psychiatrische Erfahrung um so erwiesener, als gerade Leute vom 60. Lebensjahre ab straffällig werden, die vorher ein tadelloses Leben geführt haben und niemals vorbestraft waren.

Um zu verstehen, auf welchen Ursachen dieses beruht, müssen wir uns die senilen psychischen Erkrankungen und deren Haupterscheinungsformen in kurzen Umrissen vor Augen führen.

In erster Linie handelt es sich um die arteriosklerotischen Geistesstörungen, die je nach dem Zeitpunkt des Beginnes der arteriosklerotischen Herz- und Gefäßveränderungen auf Grund ererbter Disposition — *Ziehen* [1]) nennt es arteriosklerotische Heredität, *Weber* [2]) Gefäßbelastung — oder der verschiedensten sonstigen einwirkenden Ursachen wie chronischen Alkohol- und Tabakmißbrauchs, aufreibender, verantwortungsvoller Tätigkeit, wie bei größeren Kaufleuten, Bankiers und Aufsichtsbeamten (*Cramer* [3])), infolge Lues, weniger häufig infolge Bleivergiftung, verhältnismäßig früh einsetzen können (*Koeppen* [4])), wie z. B. in *Albrechts* [5]) Fall, wo es sich um einen erst 43 jährigen Mann handelt.

Weniger die anhaltende, aber gleichmäßig dahinfließende geistige Arbeit, als das zermürbende verantwortungsvolle Moment in der Tätigkeit oder andauernd schwere körperliche Krafteilstungen, wie z. B. die eines Schmiedes oder Sackträgers, sind die ausschlaggebenden Momente in der Entstehung der Arteriosklerose, Ursachen, die sicher auf die Spannung und den Tonus der Gefäße einen erheblichen ungünstigen Einfluß ausüben können.

Dabei kann die Beteiligung der verschiedenen Gefäßgebiete des Körpers an dem krankhaften Prozeß eine ganz unregelmäßige sein. Oft eröffnet ein Schlaganfall plötzlich die bunte Szenerie der komplizierten körperlichen und geistigen Störungen, ohne daß körperlich an der betreffenden Person etwas Besonderes in arteriosklerotischer Beziehung nachzuweisen gewesen wäre.

Die eigentlichen arteriosklerotischen psychischen Erkrankungen bieten in ihren klinischen Symptomen ein Bild von reichster Mannigfaltigkeit (*Kraepelin* [6]), und es ist das Verdienst *Binswangers* [7]) [8]), *Alzhei-*

---

[1]) *Ziehen*, Lehrb. der Psychiatrie. 4. Aufl., 1911, S. 798.

[2]) *Weber*, Über arteriosklerotische Psychosen. Neurol. Ztlbl. 1908, S. 1098.

[3]) *Cramer*, Die nervösen und psychischen Störungen der Arteriosklerose. D. med. Wschr. 1909, S. 1595.

[4]) *Koeppen*, Arteriosklerose als Ursache von Geisteskrankheiten. Arch. f. Psych. Bd. 20, S. 882.

[5]) *Albrecht*, Ein forensischer Fall von arteriosklerotischer Geistesstörung. Ztschr. f. Medizinalbeamte XVII. Jahrg., 1904, S. 683.

[6]) *Kraepelin*, Lehrb. der Psych. 1910, Bd. 2, S. 554.

[7]) *Binswanger*, Zur Klinik und pathol. Anatomie der arteriosklerotischen Hirnerkrankung. Neurol. Ztlbl. 1908, S. 1097; Arch. f. Psych. Bd. 45, S. 731.

[8]) Derselbe, Diskussionsbem. Ztschr. f. Psych. Bd. 51, S. 811.



mers [1] [2] [3]) und *Spielmeyers* [4] [5]), sie durch grundlegende klinische und anatomische Arbeiten seit den 90er Jahren als ein wohlumgrenztes, klares, scharf charakterisiertes Krankheitsbild dargestellt zu haben, obgleich man auch hier nach dem klinischen und anatomisch-histologischen Befunde mehrere Unterarten unterscheidet. Es würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten, wollte ich auf diese im einzelnen näher eingehen, ich erwähne nur die hauptsächlichsten: Die nervöse Form der Arteriosclerosis cerebri (*Cramer* [6]), *Pilcz* [7]), *Windscheid* [8])), die oft den Anfang der Erkrankung darstellt, sich vor allem in Kopfdruck, Kopfschmerz, Schwindelanfällen und Abschwächung der Merkfähigkeit ausprägt und nicht weiter fortzuschreiten braucht.

Ferner hat man euphorische und expansive Zustandsbilder beobachtet (*Weber* [9]), *Binswanger* [10])), doch hauptsächlich nur bei Kranken, deren Natur schon in gesunden Tagen nach dieser Richtung hingeneigt hatte und nun ins Krankhafte verzerrt erschien.

Unterarten von anatomisch besonderer Lokalisation des Krankheitsprozesses sind die Encephalitis subcorticalis chronica (*Binswanger* [11])), die abgesehen von einer Erschwerung des Gedankenablaufs, verlangsamter Auffassung und einer allmählichen bis zur Verblödung fortschreitenden geistigen Verödung von Anfang an gewisse, bald stationär werdende schwere Herderscheinungen zeigt, weiterhin *Alzheimers* perivaskuläre

---

[1]) *Alzheimer*, Die arterioskl. Atrophie des Gehirns. Allg. Ztschr. f. Psych. 1895, Bd. 51, S. 809.

[2]) Derselbe, Neuere Arbeiten über die Dementia senilis und die auf atheromatöser Gefäßerkrankung basierenden Gehirnkrankheiten. Mschr. f. Psych. u. Neurol. 1898, Bd. 3, S. 101.

[3]) Derselbe, Die Seelenstörungen auf arteriosklerotischer Grundlage. Ztschr. f. Psych. 1902, Bd. 59, S. 695.

[4]) *Spielmeyer*, Über die Alterserkrankungen des Zentralnervensystems. D. med. Wschr. 1911, S. 1377.

[5]) Derselbe, Die Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters. Aschaffenburgs Handb. d. Psych., 5. Abt., 1912.

[6]) *Cramer*, Die nervösen und psychischen Erkrankungen bei Arteriosklerose. D. med. Wschr. 1909, S. 1595.

[7]) *Pilcz*, Die psychischen und nervösen Störungen bei Arteriosklerose des Gehirns. Wien. med. Wschr. 1910, S. 625.

[8]) *Windscheid*, Über die durch Arteriosklerose bedingten Nervenkrankheiten. Neurol. Ztlbl. 1901, S. 1069.

[9]) *Weber*, Zur Klinik der arteriosklerotischen Seelenstörungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 1908, Bd. 23, Supplementheft S. 175.

[10]) *Binswanger*, Zur Klinik u. pathol. Anatomie der arterioskl. Hirnerkrankung. Arch. f. Psych. Bd. 45, S. 731; Neurol. Ztlbl. 1908, S. 1097.

[11]) Derselbe, Die Abgrenzung der allg. progressiven Paralyse. Berl. klin. Wschr. 1894, Nr. 49 ff.



Gliose [1]), die durch fleckweisen Untergang der nervösen Substanz und herdförmige hochgradige Gliawucherungen an den schwer entarteten Gefäßen entlang auffällt.

Von den arteriosklerotischen Geistesstörungen zu der zweiten großen Gruppe der senilen psychischen Erkrankungen, der meist erst um das 60. Lebensjahr herum einsetzenden Dementia senilis, finden sich klinisch und anatomisch zahlreiche fließende Übergänge und verwandte Symptome (*Kraepelin* [2]), *Alzheimer* [3]), *Buchholz* [4]), *Wille* [5]), *Fürstner* [6])), wenn auch die beiden zugrunde liegenden anatomischen Veränderungen unabhängig voneinander bestehen können.

Es können primäre Erkrankungen der Gehirngefäße oder infolge Arteriosklerose atrophische Vorgänge und Funktionsstörungen in anderen Körperorganen allein vorhanden sein und dann durch mangelhafte Blutversorgung und Ernährungsstörungen die feinen nervösen Elemente des Gehirns leiden, so daß bisweilen schwere Funktionsstörungen schon bei geringen Veränderungen eintreten, es können aber auch die typisch senilen degenerativen Veränderungen in der Struktur der Hirnrinde und den Ganglienzellen infolge atheromatöser Degeneration der Hirngefäße als etwas Selbständiges für sich bestehen, ohne daß eine nennenswerte Spur von Arteriosklerose vorhanden zu sein braucht. Nach *Ackermann* [7]) und *Bresler* [8]) ist sie bei der genauesten Durchsuchung des Gefäßsystems von Greisen im Alter von 80 bis 100 Jahren am Sektionstische vermißt worden, obwohl der Körper sonst alle Zeichen der Seneszenz hatte. Die physiologische Gefäßinvolution des höheren Alters ist vielmehr als prädisponierendes Moment für die Entwicklung der Arteriosklerose anzu-

---

[1]) *Alzheimer*, Über perivaskuläre Gliose. Allg. Ztschr. f. Psych. 1897, Bd. 53, S. 863.

[2]) *Kraepelin*, Lehrb. d. Psychiatrie 1910, Bd. 2, S. 593.

[3]) *Alzheimer*, Neuere Arbeiten über die Dementia senilis und die auf atheromatöser Gefäßerkrankung basierenden Gehirnkrankheiten. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 1898, Bd. 3, S. 101.

[4]) *Buchholz*, Über die Geistesstörungen bei Arteriosklerose und ihre Beziehungen zu den psychischen Erkrankungen des Seniums. Arch. f. Psych. 1905, Bd. 39, S. 499.

[5]) *Wille*, Die Psychosen des Greisenalters. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 30, S. 272.

[6]) *Fürstner*, Über die Geistesstörungen des Seniums. Arch. f. Psych. Bd. 20, S. 458.

[7]) *Ackermann*, Dementia senilis, Geistesstörungen des Greisenalters mit Berücksichtigung ihrer forensischen Bedeutung. Arch. f. Krim.-Anthropol. Bd. 45, S. 334.

[8]) *Bresler*, Greisenalter u. Kriminalität. Jurist.-psych. Grenzfragen 1907, Bd. 5, H. 2 u. 3.



sehen. *Spielmeyer*[1]) sagt: „Jede Beschäftigung mit den Psychosen des Rückbildungs -und Greisenalters muß von dieser Tatsache ausgehen." *Alzheimer*[2]) nimmt auch eine durch erbliche Anlage erworbene Schwäche des Zentralnervensystems als ursächliches Moment an.

Schließlich seien noch der ähnlichen Symptome wegen einige atypische Formen der senilen Demenz erwähnt, die in höherem Alter vorkommen und infolge erheblicher Herabsetzung der geistigen Funktionen wohl auch einmal zu gerichtsärztlicher Bedeutung führen können.

Hierhin gehört die sogenannte Alzheimersche Krankheit (*Alzheimer*[3]), *Kraepelin*[4]), *Schnitzler*[5])), eine im präsenilen Alter sich rasch entwickelnde, nicht auf arteriosklerotischer Grundlage beruhende, in kurzer Zeit zu den tiefsten Graden fortschreitende Verblödung, wobei von vornherein Andeutungen verschiedenartiger Herdsymptome, besonders aphasischer und asymbolischer Art sich bemerkbar machen.

In anatomisch-histologischer Beziehung sind die Strukturveränderungen der Hirnrinde viel hochgradiger als sie bei der eigentlichen Dementia senilis gefunden werden.

Ferner wäre hierher zu rechnen nach *Pick*[6]) die umschriebene senile Hirnatrophie — *Alzheimers* senile Hirnverödung (*Kraepelin*[7])), auf deren Grundlage Herderscheinungen zustande kommen können. Wahrscheinlich handelt es sich in diesen Fällen um eine Kombination seniler und arteriosklerotischer Vorgänge, indem vorzugsweise die kleinen, von der Oberfläche her in die Rinde eintretenden Gefäße befallen werden und dadurch namentlich ein ganz allmählicher Verschluß eintritt. Es kommt gewöhnlich weder zu Blutungen noch zu Erweichungen, sondern zu einem einfachen Schwunde der nervösen Gewebsbestandteile. Herrschen die Erweichungen vor, so kann es zu dem Bilde des état vermoulu nach Pierre Marie kommen, wie es *Roßbach*[8]) beschrieben hat.

---

[1]) *Spielmeyer*, Die Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters. Aschaffenburgs Handb. der Psych. 5. Abt., 1912.

[2]) *Alzheimer*, Neuere Arbeiten über Dementia senilis. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 1898, Bd. 3, S. 101.

[3]) *Alzheimer*, Über eigenartige Krankheitsfälle des späteren Alters. Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 4, H. 3, S. 356.

[4]) *Kraepelin*, Lehrb. d. Psychiatrie 1910, Bd. 2, S. 624.

[5]) *Schnitzler*, Zur Abgrenzung der sog. Alzheimerschen Krankheit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. 1911, Bd. 7, H. 1, S. 34.

[6]) *Pick*, Senile Hirnatrophie als Grundlage von Herderscheinungen. Wien. klin. Wschr. 1901, Nr. 17 u. 46.

[7]) *Kraepelin*, Lehrb. d. Psychiatrie 1910, Bd. 2, S. 621.

[8]) *Roßbach*, Über einen eigenartigen Zerstörungsprozeß der Hirnrinde auf arteriosklerotischer Grundlage. Ztschr. f. d. ges. Psychiatrie u. Neurol. 1910, Orig. I, S. 92.



Nach dieser kurzen Übersicht über die in gerichtlicher Beziehung möglicherweise in Betracht kommenden senilen geistigen Erkrankungsformen erscheint es mir am zweckmäßigsten, auf die Hauptsymptome sowohl der arteriosklerotischen wie der senilen Störungen, die in ihrer Gesamtheit außerordentlich viele wesensverwandte Züge aufweisen, im allgemeinen näher einzugehen, da aus ihnen erst der Konflikt mit den Gesetzen begreiflich erscheint. Allerdings muß man sich von vornherein darüber klar sein, daß von der den physiologischen körperlichen und geistigen Rückbildungs- und Altersveränderungen eigentümlichen einfachen Abschwächung der Widerstandsfähigkeit und Spannkraft (*Ranschburg* und *Balint*[1])), die an sich noch keine Krankheit bedeutet (*Koch*[2])), bis zu den schwersten Formen der psychischen senilen Erkrankungen ganz allmähliche Übergänge bestehen, so daß es oft schwer ist, bei einem Greise, der sich eines Vergehens schuldig gemacht hat, zu entscheiden, ob derselbe für seine Tat verantwortlich gemacht werden kann oder nicht.

Eines der ersten und frühesten Symptome ist eine gewisse Abnahme der Arbeits- und Tatkraft, sowohl in körperlicher als auch besonders in geistiger Beziehung. Die Kranken ermüden leicht und empfinden ein starkes Ruhebedürfnis. Gewöhnlichen Anforderungen kommen sie eine Zeitlang zwar noch mit gesteigerter Anstrengung nach, scheuen jedoch vor neuen, aus dem Rahmen des Althergebrachten herausfallenden Aufgaben zurück.

Dazu kommt eine Abnahme des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit. Sie verlernen eventuell gelernte Sprachen, werden besonders vergeßlich für Namen und Zahlen, müssen sich auf diese oft erst lange besinnen, irren sich leicht, begehen auffallende Flüchtigkeiten und erzählen wiederholt dieselben Dinge.

Die Aufnahmefähigkeit läßt nach, so daß ihnen die Ereignisse aus den letzten Monaten und Wochen leicht entfallen, während gerade Erlebnisse und bekannte Tatsachen aus früherer Zeit, ja aus der Jugendzeit festsitzen und gern immer wieder von neuem in weitschweifiger Breite und typischer Geschwätzigkeit wiederholt werden, um die geistige Schwäche und die in ihrem Gedächtnis bestehenden Lücken zu verdecken. So kann es bei stärkeren Graden vorkommen, daß die Gegenwart fast spurlos an

[1]) *Ranschburg* und *Balint*, Über quantitative und qualitative Veränderungen geistiger Vorgänge im hohen Greisenalter. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 57, S. 689.

[2]) *Koch*, Die psychopathischen Minderwertigkeiten. 1891, S. 350.

dem Kranken vorübergeht. Er vergißt, was er gestern und vorgestern getan hat, findet sich auch schließlich in seiner Umgebung nicht mehr zurecht, weiß sich auf die Namen alter Bekannter nicht mehr zu besinnen und verwechselt die Personen seiner Umgebung.

In gleicher Weise mit dem Gedächtnis läßt auch die Aufmerksamkeit nach, sie überhören und vergessen wichtige Einzelheiten, verlieren in der Unterhaltung leicht den Zusammenhang und springen auf andere Dinge über.

In der Ausübung ihrer täglichen Beschäftigung werden solche Personen umständlich, kleben an nichtigen Kleinigkeiten, während sie für wichtigere Fragen kein Interesse haben, werden unzuverlässig, vergessen Aufträge und Verabredungen, lassen wichtige Angelegenheiten unerledigt, verlegen häufig notwendige Dinge und können besonders in Geschäfts- und Geldangelegenheiten nicht mehr Ordnung halten, so daß sie in den Verdacht der Unterschlagung und Veruntreuung geraten.

Es ist jedoch dabei bemerkenswert, daß ein großer Teil des geistigen Besitzes zuerst noch nicht verloren geht, sondern nur mangelhaft beherrscht wird. Man sieht daher nicht selten, daß die Kranken, die zeitweise schon erheblich geistesschwach erscheinen, ein andermal überraschende Leistungen zustande bringen, wie überhaupt der oft schnelle Wechsel zwischen guten und schlechten Tagen für den senilen in geistigem Rückgang Begriffenen charakteristisch ist.

Auch ist die Einbuße gewöhnlich eine ungleichmäßige, manche Gebiete des Seelenlebens können noch leidlich erhalten sein, während sich auf anderen schon sehr schwere Störungen geltend machen. Endlich können die bei Apoplektikern sich vielfach einmischenden aphasischen Störungen den Grad der geistigen Schwäche unter Umständen erheblich höher erscheinen lassen, als er in Wirklichkeit ist.

Der geistige Defekt ist gewöhnlich um so auffälliger, je höher die geistige Entwicklung früher war.

Die Kranken werden unfähig, neue Gesichtspunkte zu gewinnen. Die altgewohnten Gedankenreihen und erstarrten Vorstellungsverbindungen erhalten sich zwar noch in stetem Kreislaufe und kehren bei jeder Gelegenheit ohne Rücksicht auf den Zusammenhang wieder, sind aber keiner weiteren Entwicklung mehr fähig, keiner Anregung von außen mehr zugänglich. Daraus erklärt sich der völlige Mangel an Verständnis für fremde Anschauungen und Verhältnisse und der störrische Eigensinn, mit dem das Althergebrachte festgehalten wird.

Die Bildung selbständiger Urteile, die kritische Würdigung der auftauchenden Gedankenvorstellungen wird fortschreitend ungenügender und unsicherer. In den schwersten Fällen beurteilen früher ganz intelligente Leute die an sie herantretenden Lebensfragen in einer ganz kindischen Weise und werden schließlich völlig unfähig, auch nur die einfachsten Verhältnisse richtig zu würdigen. So entwickelt sich neben der Unbelehr-



barkeit und Starrköpfigkeit die Leichtgläubigkeit und die leichte Beeinflußbarkeit durch andere Personen, die vielfach alte Leute auf raffinierte Weise auszunutzen verstehen.

Im allgemeinen ist jedoch die Urteilsschwäche, wie *Ziehen*[1]) hervorhebt, nicht so stark beeinträchtigt, wie bei der Dementia paralytica.

Die Stimmung der senil Erkrankten ist häufig niedergeschlagen (*Weber*[2])), stumpf, teilnahmlos. Bisweilen stellen sich ausgesprochene Depressionszustände ein (*Gaupp*[3])), der Kranke äußert Lebensüberdruß, Selbstmordgedanken und allerlei Wahnideen, teils hypochondrischen Inhalts, die sich mit Vorgängen im eigenen Körper beschäftigen, teils Verfolgungsideen, die oft auf die Ehefrau oder andere nächste Verwandte bezogen werden. Nicht selten ist der Kranke aber auch reizbar, mißtrauisch und ärgerlich, zuweilen läppisch, euphorisch und redselig, wie ja der Wechsel der Stimmung, besonders für den Arteriosklerotiker, charakteristisch ist. Die tieferen Gefühlsbeziehungen des Kranken zu ihren Angehörigen und den Vorgängen in ihrer Umgebung zeigen immer eine bedeutende Abschwächung. Sie bleiben bei Todesfällen oder ähnlichen Schicksalsschlägen stumpf, teilnahmlos, kümmern sich nicht um ihre Angelegenheiten, äußern keine Wünsche oder Hoffnungen.

Die tägliche Beschäftigung wird dem Kranken gleichgültig, so daß er schließlich gar nichts mehr tut, stumpf dahinlebt oder nur auf die Befriedigung der persönlichen Bedürfnisse und seiner Launen bedacht ist. Er wird rücksichtslos, ungeduldig, mürrisch, eigenwillig, rechthaberisch und fühlt sich durch jeden Widerspruch gereizt und beleidigt. Vielfach zeigt sich ein sinnloser Geiz, die Neigung, Geld zusammenzuscharren, ohne irgendwelche Möglichkeit der Verwendung zu haben, bisweilen auch die Furcht, zu verarmen, Gedanken, die häufig ganz besonders vorherrschend sind und zu ausgesprochenen Wahnideen werden können. Diese tragen häufig etwas Inkohärentes an sich, es kann sich aber nach einer Hirnblutung auch einmal eine chronische Paranoia entwickeln, wofür *Möller*[4]) einen Fall *Ziehens* erwähnt. Gewöhnlich sind die Wahnideen mit Halluzinationen verbunden, und es bieten solche Kranke dann das Bild der halluzinatorischen Verrücktheit, wie *Mendel*[5]) und *Kreyher*[6]) solche Fälle beschrieben haben.

---

[1]) *Ziehen*, Lehrb. d. Psychiatrie 1902, 2. Aufl.

[2]) *Weber*, Arteriosklerotische Verstimmungszustände. Münch. med. Wschr. 1909, S. 1524.

[3]) *Gaupp*, Die Depressionszustände des höheren Lebensalters. Münch. med. Wschr. 1905, S. 1531.

[4]) *Moeller*, Geistige Störungen nach Schlaganfällen und ihre gerichtsärztliche Bedeutung. Vjschr. f. ger. Med. 1911, 3. Folge, Bd. 42, S. 290.

[5]) *Mendel*, Über psychische Störungen nach Hirnhämorrhagie. D. med. Wschr. 1882, S. 49.

[6]) *Kreyher*, Ein Fall von sensorischer Aphasie mit Ausgang in halluzinatorische Paranoia. Diss. Berlin 1906.



Rogge[1]) behandelt einen Fall, in dem nach einem apoplektischen Insult bei einem arteriosklerotischen Trinker vorübergehender Verwirrtheitszustand auftrat, von dem dauernde sensorische Aphasie und arteriosklerotische Neurasthenie zurückblieb.

Auch Größenideen kommen bei Apoplektikern vor.

Nach Schlaganfällen von mehr oder minder größerer Ausdehnung kommt es vielfach zu Trübungen des Bewußtseins, zeitweise zu deliranter Benommenheit und Verwirrtheit mit Ausgang in Verblödung. Die Kranken sind unklar, verkennen die Personen, selbst ihre nächsten Angehörigen, reden verwirrt, finden sich nicht zurecht, irren planlos umher und machen allerlei verkehrte Sachen. Dieselbe Verwirrtheit und Unruhe findet sich bei den senil Dementen (*Zingerle*[2]) [3]) [4])), bei denen sie besonders nachts gesteigert ist. Unter dem Eindrucke von sehr lebhaften Halluzinationen ängstlich-schreckhafter Natur können solche Kranke in eine äußerst hochgradige Erregung geraten, wobei sie meist glauben, verfolgt oder umgebracht zu werden, sich in ihrer Wohnung einschließen und an Familienangehörigen in diesem Zustande die gräßlichsten Verbrechen begehen können.

Nach Ansicht *Kraepelins*[5]) und *Alzheimers*[6]) dürften in diesem Falle wahrscheinlich besondere Äußerungen der senilen Hirnentartung vorliegen. Auch *Mendel* bezeichnet diese mehr akute Form als Delirium hallucinatorium der Greise und betont ihre ungünstige Prognose.

Entwickelt sich der senile Verfolgungswahn allmählich, so werden die Kranken gegen jedermann mißtrauisch, glauben, daß die Nachbarn sie auf jede Weise schikanieren und betrügen. Man läßt Besuche nicht zu ihnen, sucht sie geschäftlich zu benachteiligen, dringt in ihre Wohnungen, stiehlt ihnen Geld und andere Sachen. Vielfach zeigt das Mißtrauen sexuell gefärbten Inhalt, sie bezichtigen die Frau des Ehebruchs, verdächtigen ihre Töchter, daß sie sich mit Männern umhertreiben. Sie geraten mit aller Welt in Streit, zanken und schimpfen in gemeinster Weise, bedrohen ihre Angehörigen und die Umgebung und werden schließlich zu solchen Tyrannen, daß ein weiteres Verbleiben in der Häuslichkeit ausgeschlossen ist.

---

[1]) *Rogge*, Über sensorische Aphasie und Geistesstörung bei Arteriosklerose. Diss. Kiel 1911.

[2]) *Zingerle*, Die Geistesstörungen im Greisenalter. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 1899, Bd. 18, S. 256, 309, 311.

[3]) Derselbe, Die Geistesstörungen des Greisenalters. Dittrichs Handb. d. ärztl. Sachv.-Tätigkeit 1910, Bd. 9, S. 609.

[4]) Derselbe, Die Geistesstörungen auf arter. Grundlage. Dittrichs Handb. der ärztl. Sachv.-Tätigkeit Bd. 9, 2. Lief., 1910, S. 622.

[5]) *Kraepelin*, Lehrb. d. Psych. 1910, 8. Aufl., Bd. 2.

[6]) *Alzheimer*, Neuere Arbeiten über die Dem. senilis. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 1898, Bd. 3, S. 101.

Andere Kranke werden einfach kindisch nnd verblöden allmählich, bleiben aber ruhig und freundlich. Diese können oft insofern für die Öffentlichkeit gemeingefährlich werden, als bei den Männern in typischer Weise trotz des Nachlassens aller körperlichen Funktionen eine erhebliche Steigerung der geschlechtlichen Erregbarkeit eintreten kann. Sie putzen sich für andere, wollen sich scheiden lassen, führen schamlose zotige Redensarten, suchen Liebesabenteuer mit zweifelhaften Frauenzimmern. exhibitionieren, masturbieren und machen sich vor allem an Kinder und junge Mädchen heran, um mit ihnen unzüchtige Handlungen zu verüben. Oft spielt auch hierbei eine jetzt erst aufgetretene Vorliebe für Alkohol eine gewisse Rolle, obwohl sie in dem Alter sehr wenig vertragen. Alle diese Neigungen führen auch häufig zur Ausbeutung durch Prostituierte, Glücksritter und eventuell zu bedenklichen Eheschließungen.

Es sind ferner zu erwähnen die besonders bei Arteriosklerotikern nach Schlaganfällen vorkommenden Störungen der Sprache und der Schrift.

Die Sprachstörungen sind meist die einer motorischen, seltener sensorischen Aphasie, am häufigsten Mischformen. Daneben bestehen vielfach noch artikulatorische Störungen. Das für die Dementia paralytica charakteristische Silbenstolpern habe ich bei einem Arteriosklerotiker ziemlich ausgesprochen beobachtet. *Möller* [1]) erwähnt ebenfalls in dieser Beziehung zwei Apoplektiker.

Nach *Wernicke* [2]) findet sich das Zeichen in der Mehrzahl der Fälle, die eine motorische Aphasie, wenn auch nur als ein indirektes passageres Herdsymptom der linken Hemisphäre überstanden haben, doch ist es selten so charakteristisch wie bei der Dementia paralytica.

Die Sprache selbst ähnelt vielfach der der Apoplektiker.

Den Schriftstörungen, die *Kraepelin* in seinem Lehrbuch ausführlich bespricht, kann, besonders bei den arteriosklerotischen Geistesstörungen, insofern eine große Bedeutung zukommen, als sie bei späteren strittigen gerichtlichen Angelegenheiten, besonders wenn der Betreffende inzwischen schon verstorben ist, bei Prüfung der hinterlassenen Schriftstücke oder Geschäftsbücher uns wichtige Aufschlüsse geben können. Abgesehen davon, daß man die Leere und die Lückenhaftigkeit der Gedanken erkennen kann, finden sich vielfach Wiederholungen, Auslassungen oder Neubildungen von Worten oder Buchstaben, also ausgesprochene paragraphische Störungen. Dazu gesellen sich die der Ataxie, namentlich die Unregelmäßigkeiten in Größe und Richtung der einzelnen Buchstaben und

---

[1]) *Moeller*, Geistige Störungen nach Schlaganfällen und ihre gerichtsärztliche Bedeutung. Vjschr. f. ger. Med. 1911, 3. Folge, Bd. 42, S. 290.

[2]) *Wernicke*, Der aphasische Symptomenkomplex. Deutsche Klinik am Eingang des 20. Jahrh. 1906, Bd. 4, 1. Abt., S. 487.



Striche, die zittrige Unsicherheit mit schwankender Abweichung von der geraden Linie und die zunehmende Undeutlichkeit der Schriftzüge gegen den Schluß, was als Zeichen rascher Ermüdbarkeit gilt (*Güntz* [1])).

Was nun die anatomischen Veränderungen betrifft, die bei den senilen psychischen Erkrankungen nach dem Tode wohl einmal zur nachträglichen Beurteilung des Grades der geistigen Erkrankung von Wert sein können, so finden wir bei den schwereren Fällen der Dementia senilis eine deutliche Verringerung des Hirngewichts. Allgemein wird sie auf ca. 100—200 g gegenüber dem Normalgewicht des Gehirns kräftiger, gesunder Personen angenommen. *Fankhauser* [2]) fand gegenüber den Gehirnen geistig gesunder alter Leute eine durchschnittliche Abnahme um 64 g, bei Männern etwas mehr. Das Hirnvolumen nimmt ab, die Ventrikel sind erweitert, die Rinde ist überall verschmälert, am meisten im Stirnhirn. Die weichen Hirnhäute sind verdickt und getrübt, die harte Hirnhaut ist stellenweise mit dem knöchernen Schädeldach verwachsen. Mikroskopisch finden wir nach *Campbell* [3]) und *Simchowicz* [4]) die Oberflächenschicht der Hirnrinde faserig und das Fasernetz so dicht und derbe wie bei manchen Fällen progressiver Paralyse. An der Oberfläche der Hirnrinde finden sich zahlreiche Corpora amylacea, besonders zahlreich liegen sie an der äußeren Markschicht des Ammonshorns. Ferner ist das Vorkommen einer Anzahl von Spinnenzellen in der ersten Schicht ein fast charakteristisches Zeichen der senilen Demenz, besonders zahlreich finden sie sich in den Windungstälern. Der Zelleib ist klein, die Fortsätze sind zart. *Campbell* hebt hervor, daß diese Spinnenzellen sehr wesentlich von den großen saftreichen Spinnenzellen abweichen, wie sie sich an der gleichen Stelle bei der Paralyse und dem Alkoholismus finden. Die erste Zellage der Rinde ist gewöhnlich an Tiefe verringert. Eine ausgebreitete Degeneration der Ganglienzellen ist stets zu beobachten; man findet Zellen in allen Stadien des Untergangs. Die typische Zellenveränderung ist die pigmentartige Degeneration. Man kann Zellen finden, deren Protoplasma völlig durch Pigment ersetzt ist, formlose Häufchen von Pigment, im Gewebe zerstreut, bezeichnen die letzten Reste der pigmentär entarteten und zerfallenen Zellen. Eine Zunahme der Kerne der Neuroglia ist häufig.

Die perivaskulären Räume sind meist dilatiert bis zystisch erweitert und enthalten oft klumpiges Pigment, faserige und zellige Bestandteile, Körnchenzellen und Detritus. Die Blutgefäße erscheinen oft an die Wand dieser Höhlung gedrängt.

---

[1]) *Guentz*, Der Geisteskranke in seinen Schriften. Leipzig 1861.

[2]) *Fankhauser* zit. bei *Kraepelin*, Lehrb. d. Psych., I. Teil, S. 615.

[3]) *Campbell* zit. bei *Alzheimer*, Neuere Arbeiten über die Dem. sen.

[4]) *Simchowicz*, Histologische Studien über die senile Demenz. *Nißl-Alzheimers* histol. Arbeiten 1911, 4. Bd., S. 267.



Bei der arteriosklerotischen Gehirndegeneration, bei der ebenfalls eine Gewichtsabnahme und Erweiterung der Ventrikel stattfindet, sind die Gefäßlücken allgemein erheblich verbreitert. In der nächsten Umgebung der Gefäße ist schon makroskopisch an vielen Stellen der Rinde und des Markes die Hirnsubstanz hellgrau bis braunrot gefärbt und leicht eingesunken, besonders im Gebiete der Stammganglien und der inneren Kapsel, die Rinde ist blaßgrau verwaschen, wenig verschmälert.

Mikroskopisch finden sich oft die dem Senium eigenen pigmentösen Zellentartungen und Gefäßveränderungen, wenn auch nicht so hochgradig, überall verbreitet. Als Mittelpunkt der herdförmigen Veränderungen finden sich im Mark wie in der Rinde atheromatös entartete Gefäße, die oft vielfach geschlängelt in den weiten Gefäßlücken verlaufen, in welchen Körnchenzellen, lymphoide Elemente, scholliges und kristallinisches Blutpigment angehäuft sind. In der Umgebung finden sich erhebliche Verdichtungen der Glia und Spinnenzellenanhäufungen. In dem Gebiete solcher schwer erkrankten Gefäße läßt sich dann ein Ausfall zahlreicher Ganglienzellen oder schwere Entartung derselben in Form der pigmentösen Degeneration, der Sklerose und Verkalkung nachweisen. Die Gliakerne erscheinen vermehrt, zahlreiche Spinnenzellen liegen in den Erkrankungsherden in der Rinde verbreitet.

Nimmt die Gliawucherung an einzelnen Stellen der Rinde überhand, so handelt es sich mehr um das Bild der mit Herderscheinungen verbundenen Alzheimerschen perivaskulären Gliose. Bei der Dementia apoplectica endlich handelt es sich ebenfalls um Veränderungen in der Hirnrinde und zwar auch in der nicht von der Blutung betroffenen Hemisphäre, die denen bei der Dementia senilis außerordentlich ähnlich sind.

Nachdem wir die mannigfaltigen klinischen Symptome der senilen psychischen Erkrankungen und die ihnen zugrunde liegenden anatomisch-histologischen Veränderungen kennen gelernt haben, ist es von Interesse, sich mit der Frage zu beschäftigen, auf welche Art und in welchem Umfange die unter solchen Erscheinungen erkrankten Greise mit dem Gericht in Konflikt geraten können. Die Möglichkeit einzelner Vergehen wurde schon bei der Schilderung der Symptome erwähnt.

Da die Empfindungen und Gefühle eine Abschwächung, die Vorstellungen und die Auffassungsgabe eine Verlangsamung erfahren, wird der Greis aus dem Gefühle der eigenen körperlichen und geistigen Hinfälligkeit verstimmt, griesgrämig, kleinlich, zanksüchtig, während er schon sowieso zu Depressionszuständen neigt. Vor allem wird er auf ethischem Gebiete weniger widerstandsfähig. Greise, die als Männer immer den geraden Weg durchs Leben gegangen sind, finden an Ränkesucht und hinterlistigen Intrigen Gefallen. Vor allem ist auch die Willenskraft und die Kraft der beim normalen Menschen vorhandenen natürlichen

Hemmungen bedeutend herabgesetzt. Mit *Kraus* [1]) kann man alle diese pathologischen Züge als stark ausgeprägte reizbare Schwäche zusammenfassen, die den Greis dazu führen kann, zum Verbrecher zu werden.

Da die Abstumpfung der ethischen und intellektuellen Gefühle und Vorstellungen ihn hindern, an geistigen Genüssen in bisheriger Weise teilzunehmen, so sind es die sinnlichen Genüsse als die gröberen, die für ihn noch am längsten Reiz besitzen.

Deshalb sind es auch in erster Linie die Verbrechen gegen die Sittlichkeit (St.-G.-B. § 176, 3, seltener § 183), die den Greis, und zwar den männlichen, strafbar werden lassen (*Wulffen* [2]), *Kaufmann* [3])).

Weitgehende Veränderungen des Charakters in ethischer und ästhetischer Beziehung müssen vorausgegangen sein, wenn ein bis dahin unbescholtener Greis ein Sittlichkeitsverbrechen begeht, selbst wenn er sonst noch einen geordneten Eindruck macht. *Bresler* [4]) sagt: »Die sexuelle Perversion und ethische Depravation kann jahrelang dem Verfall der Intelligenz vorausgehen.«

Auch *v. Krafft-Ebing* [5]) vertritt diese Ansicht.

Aschaffenburg [6]) erklärt, ihm sei noch kein geistig Gesunder begegnet, der in einem Alter von über 70 Jahren ein Sittlichkeitsverbrechen begangen habe.

Er fand ferner [7]) von 200 verurteilten Sittlichkeitsverbrechen 12 an seniler Demenz Erkrankte. Er schließt daraus, daß es sich bei diesen Verbrechern mit seltenen Ausnahmen um eine krankhafte Erscheinung handelt, die, bevor es noch zu nachweisbaren intellektuellen und Gedächtnisstörungen kommt, zu Konflikten mit dem Strafgesetzbuch führt.

Bonhoeffer [8]) [9]) fand eine Steigerung der Sittlichkeitsdelikte im Alter, unter 100 Sittlichkeitsverbrechern 10 an Arteriosklerose Leidende.

Von zahlreichen Autoren, die sich mit den psychischen Erkrankungen im Senium und deren gerichtsärztlicher Bedeutung beschäftigt haben, ist einstimmig nachgewiesen worden, daß gewisse Arten von Verbrechen, wie die Sittlichkeitsverbrechen, im Greisenalter auffallend häufig begangen werden, zum mindesten nicht in dem Maße abnehmen wie bei anderen Deliktskategorien.

---

[1]) *Kraus*, zit. bei *Wulffen*, Psychologie des Verbrechens Bd. 2.

[2]) *Wulffen*, Psychologie des Verbrechens Bd. 2.

[3]) *Kauffmann*, Psychologie des Verbrechens. Berlin 1912.

[4]) *Bresler*, Greisenalter und Kriminalität. Jurist.-psych. Grenzfragen 1907, Bd. 5, H. 2/3.

[5]) *v. Krafft-Ebing*, Lehrb. d. ger. Psychopathol. 1900, 3. Aufl.

[6]) *Aschaffenburg*, Das Verbrechen und seine Bekämpfung. Heidelberg 1903.

[7]) Derselbe, Mtschr. f. Krim.-Psychol., 2. Jahrg., S. 399.

[8]) *Bonhoeffer* zit. bei *Wulffen*, Psychologie. Psych. d. Verbr. Bd. 2.

[9]) Derselbe, Sittlichkeitsdelikte und Körperverletzung. Mtschr. f. Kriminalpsychol. II, S. 465.



Während nach *Aschaffenburg*[1]) die Zahl der schweren Diebstähle von dem Höhepunkt zwischen 18—21 Jahren in der Altersstufe über 70 Jahren auf den 150. Teil zurückgeht, erreichen die Verurteilungen wegen Unzucht und Notzucht in diesem Alter den vierten Teil der Bestrafungen junger Männer im kräftigsten Mannesalter.

Ähnliche Erfahrungen über die Häufigkeit der Sexualdelikte berichten *Kirn*[2])[3]), *Le grand du Saulle*[4]), *v. Krafft-Ebing*[5])[6]) und *Kreuser*[7]). *Leppmann*[8]) erwähnt das Ergebnis einer französischen Statistik (*Thoinot*), daß bei Personen über 60 Jahren 212 kriminelle Sittlichkeitsverbrecher auf eine Million Gleichaltriger kommen, während für die Gesamtheit der übrigen kriminell möglichen Altersstufen die Zahl nur 175 beträgt.

Ganz in Übereinstimmung mit *Aschaffenburg* kommt auch *Bresler*[9]) zu dem Ergebnis, daß bei Unzuchtvergehen die Verurteilungen nicht in der Weise abnehmen wie bei den anderen Deliktskategorien.

Hübner[10]) entnimmt aus der Reichskriminalstatistik, Jahrgang 1905, daß für Männer im Alter von 60—70 Jahren der Durchschnitt der Beteiligung an sämtlichen Verbrechen und Vergehen 1,9 % beträgt, für Unzucht und Notzucht dagegen 5,0 %, für Blutschande und Kuppelei 2,6 %, für Erregung öffentlichen Ärgernisses 2,0 %.

Nach *Zingerle*[11]), der am Landgericht in Graz Überblick über ein großes Material hatte, machen die männlichen Verurteilungen über 60 Jahre im Jahre 1907 9 % aller wegen Unzuchtverbrechen in den verschiedenen Altersklassen erfolgten Verurteilungen aus, und von allen verurteilten Männern über 60 Jahre sind 17,8 % Sittlichkeitsverbrecher.

---

[1]) *Aschaffenburg*, Das Verbrechen und seine Bekämpfung. Heidelberg 1903.

[2]) *Kirn*, Dementiasenilis. Handb. d. ger. Med. v. Maschka, 1882, Bd. 4, S. 364.

[3]) Derselbe, Über die klin.-forens. Bedeutung des perversen Sexualtriebes. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 39, S. 216.

[4]) *Le grand du Saulle* zit. bei *Moeller*, Les apoplectiques. Leur état mental, leur degré de responsibilité civile. Gaz. des hôpit. 1881.

[5]) *v. Krafft-Ebing*, Lehrb. d. ger. Psychologie, 1900, 3. Aufl.

[6]) Derselbe, Psychopathie sexualis. 12. Aufl., S. 393.

[7]) *Kreuser*, Geisteskrankheiten u. Verbrechen. Grenzfragen d. Nerven- u. Seelenlebens, 1907, H. 51, S. 35, 37.

[8]) *A. Leppmann*, Greisenalter u. Kriminalität. Z. f. Psychotherapie u. med. Psychol. 1909, Bd. 1, H. 4, S. 212.

[9]) *Bresler*, Greisenalter u. Kriminalität. Jur.-psych. Grenzfragen 1907, Bd. 5, H. 2/3.

[10]) *Hübner*, Lehrb. d. for. Psych. 1914.

[11]) *Zingerle*, Über das Greisenalter in forens. Beziehung. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 40.

Für 1900 sind die analogen Zahlen 7,6 und 16,1 %, für 1904 8,6 und 15,2 %. Dabei zeigt sich eine andere auffallende Tatsache, nämlich die Zunahme der nicht Vorbestraften im Greisenalter. Die Zunahme dieser unter den Verurteilten beginnt schon im Alter von 50—60 Jahren, und es wird ihre Zahl über 60 Jahre nahezu wieder so groß wie im Alter von 25—30 Jahren.

Auch nach *Bresler* [1]) steigt in der Tabelle über das Jahr 1907 die Zahl der Nichtvorbestraften von ihrem niederen Stand von 46 % im Alter von 30—40 Jahren allmählich auf 67 % im Alter von 70 Jahren und darüber. *Feisenberger* [2]) fand in der Statistik über das Jahr 1895 sogar 73,2 %, *Leppmann* berechnete für das Jahr 1905 63,21 % Nichtvorbestrafter.

An der Vermehrung der Zahl der Nichtvorbestraften bei Greisenverbrechen überhaupt hat sicherlich diese Deliktskategorie einen wesentlichen Einfluß. Der Prozentsatz Nichtvorbestrafter unter den senilen Sittlichkeitsverbrechern ist besonders vermehrt. Auch *Kirn* hebt hervor, daß man gerade unter diesen vielfach Greise von unangetasteter Vergangenheit und gutem Leumund trifft. Unter 303 Fällen *Aschaffenburgs* im Alter von 70 Jahren und mehr waren 216 niemals vorbestraft. Über ähnliche Verhältnisse berichtet auch *Bresler*.

Gerade in diesen Fällen weist das Ausschalten aller Lebenserfahrungen und das Sistiseren aller Hemmungen bei Leuten, welche bis in ihr hohes Alter niemals zu kriminellen Handlungen neigten, darauf hin, welche unheilvolle Rolle hierbei die seelische Veränderung spielt.

Einen weiteren Hinweis darauf ergibt vielfach auch die Art der Ausführung, die oft einen Mangel an primitivster Vorsicht und Überlegung offenbart, das Verhältnis zu äußeren Anlässen und die Motivierung. Es fehlt, wie *Aschaffenburg* hervorhebt, das Zielbewußtsein. Das ganze Handeln erklärt sich aus der infolge der senilen Demenz geschwächten Ethik, der Gedächtnisschwäche und nach *v. Krafft-Ebing* aus der infolge der pathologisch-anatomischen Veränderungen im Gehirn wieder erwachten und abnorm starken Libido.

Die Sittlichkeitsverbrechen werden meist so ausgeführt, daß der Greis die Mädchen unter 14 Jahren bei irgendeiner Gelegenheit unter Versprechung von Süßigkeiten, einer geringen Geldsumme oder einer anderen Gefälligkeit an sich lockt oder sich beim Spiel zu ihnen gesellt, sie liebkost, ihnen unter die Röcke greift und an ihren Geschlechtsteilen herumspielt, wohl auch den Finger in die Scheide einführt (§ 176, 3 St.-G.-B.). Bisweilen zieht er auch sein erigiertes Glied hervor (§ 83 Exhibition), läßt es von dem Mädchen betasten (Manustupration des Verführers) oder versucht auch mit dem Kinde beischlafähnliche Handlungen, zu einem richtig ausgeführten Koitus kommt es bei der geschwächten Potenz der Greise meist nicht.

---

[1]) *Bresler*, Geisteskrankheit u. Kriminalität. Jur.-psych. Grenzfragen.

[2]) *Feisenberger*, Einfluß des Greisenalters auf die Kriminalität. Mitt. der internat. kriminal. Vereinigung 1900.



Über diesbezügliche Fälle haben u. a. berichtet *Geill*[1]), *Göring*[2]), *Hübner*[3]), *v. Krafft-Ebing*[4]), *Leppmann*[5]), *Seiffer*[6]), *Schmidtmann*[7]), *Schuchardt*[8]), *Ungewitter*[9]), *Wickel*[10]).

Ein Fall ist auch an der hiesigen Anstalt früher zur Begutachtung gekommen. Auch hat man Onanisierung, Flagellation der Opfer, auch homosexuelle Neigungen, manuelle Masturbation und Sodomie bei Greisen beobachtet.

Unter dem weiblichen Geschlecht finden sich typische senile Sittlichkeitsverbrecherinnen überhaupt nicht.

Was die Motivierung der Tat anbetrifft, so wird meist der sexuelle Grund des Delikts geleugnet, oder es wird von den Greisen als Entschuldigung angegeben, daß sie infolge der Erregung nicht gewußt hätten, was sie täten, oder auch unter Einwirkung von Alkohol gestanden hätten oder von den Mädchen selbst dazu animiert wären, ja, sie gaben bisweilen in naiver Weise an, sie wollten die Rechtschaffenheit der Mädchen einmal auf die Probe stellen, ob sie wirklich noch so unverdorben wären. Die unheilvolle Wirkung des Alkoholgenusses muß zugegeben werden, da einerseits im Alter die Neigung zu vermehrtem Alkoholgenuß sich einstellt, dieser aber andererseits schlechter vertragen wird und rascher zur Berauschung führt als früher.

Die landläufige Erklärung, der Greis suche, da er mit seiner geschwächten Körperkraft den Widerstand Erwachsener nicht zu überwinden vermag, sich an Kindern zu vergreifen, hält *Aschaffenburg* nicht für die richtige, auch er ist mehr der Ansicht *v. Krafft-Ebings*, daß die Impotenz die Ursache sei, da der sexuellen Begierde nicht die Fähigkeit parallel gehe, nun auch den Beischlaf auszuüben.

---

[1]) *Geill*, Mtschr. f. Krimin.-Psychol. 4. Jahrg., S. 350.

[2]) *Göring*, Zur Begutachtung geisteskranker Sittlichkeitsverbrecher. Diss. Bonn 1908. Fall 83, 84.

[3]) *Hübner*, Lehrb. d. for. Psych. 1914.

[4]) *v. Krafft-Ebing*, Lehrb. d. ger. Psychopath. 1900, 3. Aufl. Psychopathia sex. 12. Aufl.

[5]) *Leppmann*, Die Sittlichkeitsverbrecher. Vjschr. f. ger. Med. 1905, 3. Folge, 29. Bd., 40. Bd.

[6]) *Seiffer*, Über Exhibitionismus. Arch. f. Psych. 1899, Bd. 31, S. 405.

[7]) *Schmidtmann*, Handb. d. ger. Med. 1906, 9. Aufl. Dementia senilis S. 354.

[8]) *Schuchardt*, Ztschr. f. Medizinalbeamte 1890, H. 6.

[9]) *Ungewitter*, Sexuelle Verfehlungen im Greisenalter. Arch. f. Krim.-Anthropol. 1909, Bd. 32, S. 346.

[10]) *Wickel*, Sittlichkeitsverbrechen und Geisteskrankheit. Vjschr. f. ger. Med. 1903, 3. Folge, Bd. 26, S. 67.



Bresler hat eine Erscheinung aufgedeckt, die in diesem Zusammenhang *Aschaffenburg* von großer Wichtigkeit hält. *Bresler* ist nämlich auf Grund statistischer Nachweise zu dem Resultat gekommen, daß die Neigung alter Männer, sich mit jungen Frauen zu verheiraten, mit höherem Alter zunimmt. In fünf Jahren schlossen Ehen mit Mädchen unter 20 Jahren im Alter von 40 bis 50 Jahren: 73 bis 85, im Alter von 50 bis 60 Jahren: 236 bis 411, im Alter von 60 bis 70 Jahren: 289 bis 487 Männer. Ich möchte diese Nachweise *Breslers* noch mehr unterstreichen und mit *Zingerle* und ähnlich der *Leppmann*schen Auffassung meine persönliche Ansicht dahin äußern, daß wir in dieser Tatsache wahrscheinlich den Schlüssel der senilen Sittlichkeitsverbrechen zu suchen haben. Ich halte die in den Sittlichkeitsverbrechen zutage tretende Vorliebe, die Libido, zu dem unschuldigen unberührten Kinde, speziell Mädchen, die sich nach *Bresler* schon seit den vierziger Jahren verstärkt zu erkennen gibt, für den Abschiedsgruß an die Jugendkraft, für das letzte Anklammern an das frische pulsierende Leben, das dem Greise selbst, der eine morsche Ruine darstellt, vollständig zu entgleiten droht. Da er aus sozialen wie körperlichen Rücksichten vielfach nicht mehr imstande ist, eine neue Ehe mit einem jungen Mädchen einzugehen, so sucht er sich, oft unter Durchbrechung aller sozialen und sittlichen Schranken, die frischen, vom Leben noch nicht berührten Kinder aus. Diesen Regungen kann der Greis aber um so eher nachkommen, als heutzutage leider vielfach junge, früh entwickelte Mädchen von 7—14 Jahren aus unschuldvoller Vertrauensseligkeit, Neugierde, Dreistigkeit und auch sexueller Begehrlichkeit ihm auf halbem Wege entgegenkommen (*Naecke* [1])). In der Regel ist das Delikt, das zur Verhaftung führt, nicht das erste, und es läßt sich nachweisen, daß dasselbe schon öfter mit demselben oder anderen Kindern wiederholt wurde.

Für eine Veränderung der Triebrichtung spricht nach *Zingerle* auch ferner die Erfahrung, daß sich der Trieb mitunter auf Knaben richten könne, wie auch *Leppmann* erwähnt. Dieser hat den Wechsel der Triebrichtung darauf zurückgeführt, daß aus Mangel an Kraft, neue Phantasievorstellungen zu bilden, die wiedererwachte Geschlechtslust zu den Anfängen geschlechtlichen Fühlens, zur Kindheitsepoche zurückkehrt, es treten die treu bewahrten Eindrücke an die Objekte, welche die ersten sexuellen Erregungen veranlaßten, mit erneuter Deutlichkeit wieder auf. Einer Reizung durch die vergrößerte Prostata, vermehrter Azidität des Harns, arterielle Gefäßveränderungen und die dadurch bedingten Blutdruckschwankungen, wie sie *Zingerle* als Ursachen für die starke Libido mit verantwortlich macht, kann ich nur eine sehr untergeordnete Bedeutung beimessen.

---

[1]) *Naecke*, Zur Psychologie der Kinder als Opfer von Sittlichkeitsverbrechen. Arch. f. Kriminalanthropologie, Bd. 32, S. 149.

Der etwas krassen Anschauung von *Kauffmann*, *Wulffen* und *Tardieu* [1]), die die senilen Sittlichkeitsverbrecher als Wüstlinge hinstellen und von einer Art erotischen Deliriums und einer greisenhaften Schwächung sprechen, die in den erloschenen Geistern nichts anderes als ausschweifende Leidenschaften am Leben läßt, kann ich nicht ganz beipflichten, obwohl sicher recht abstoßende Beispiele hierfür vorkommen. Hierbei scheint mir mehr der strafrechtliche als der ärztlich-psychiatrische Standpunkt betont zu sein.

Auch *Kirn* hält die Greise, die an Kindern Unzucht treiben, wenigstens der Mehrzahl nach, nicht für sexuelle Wollüstlinge, die schon alles ausgekostet haben, sondern findet in ihnen in der Regel Leute, deren frühere sittliche Vergangenheit nicht angetastet werden kann und die — das sei besonders wichtig — häufig Männer seien, deren natürlicher Geschlechtstrieb seit Jahren, vielleicht schon seit Jahrzehnten geschwiegen hatte, die jetzt, wie man sagt, ins „gefährliche Alter" geraten waren. Dafür findet man aber bei näherer Untersuchung die bereits erwähnten ethischen und moralischen Defekte bei psychischer Veränderung. *Kirn* selbst führt einige Fälle dafür an.

Brandstiftung. — Das Vergehen der fahrlässigen Brandstiftung bei Personen über 60 Jahren ist recht häufig und erklärlich durch die Fahrigkeit, Verwirrtheit und nächtliche Unruhe der senilen Personen.

Zingerle berechnet für 1907 1,3 % für senile Männer, 1,4 % für senile Frauen, für 1906 1,2 % für senile Männer.

Hübner 3,3 % für Männer, 6,0 % für Frauen.

Die Fälle, in denen senil erkrankte Personen in die Anstalt gebracht werden, weil sie in fahrlässiger gefährlicher Weise mit Licht umgehen, sind gar nicht selten.

Diebstahl. — Eine weitere Abart von Vergehen, die den Greisen zur Last gelegt werden, sind Diebstähle, weniger die schweren, mit Raffinement, als die einfachen mit auffälliger Sorglosigkeit und Unvorsichtigkeit begangenen, bei denen ihnen oft ungeeignete wertlose Dinge mehr zufällig in die Hände geraten.

Nach *Zingerle* beginnt die Zahl der Delikte schon im Alter von 40 bis 50 Jahren abzunehmen und beträgt schließlich bei Männern über 60 Jahren 1907 nunmehr noch den 13. Teil der Zahl der Diebstahlverbrechen im Alter von 30 bis 40 Jahren. Es finden sich unter den wegen Diebstahls verurteilten Verbrechern 1,2 % (1907), 0,9 % (1906), 1,3 % (1904) Greise über 60 Jahre. Absolut ist dagegen die Zahl der Verurteilungen im Greisenalter immer noch größer als bei den Sittlichkeitsdelikten. 25,9 % (1907), 25 % (1906), 24,8 % (1904) aller männlichen Greisenverbrechen gehören dem Diebstahl an.

[1]) *Tardieu*, Das Vergehen gegen die Sittlichkeit in staatsärztlicher Beziehung, ins Deutsche übersetzt von Theile, Weimar 1860.

Das konstatierte eigenartige Verhältnis zu den übrigen Altersklassen läßt erkennen, daß mit zunehmendem Alter bei Männern die Neigung zur Verübung von Diebstählen immer mehr abnimmt.

Eine gleichmäßige Abnahme dieser Delikte tritt auch bei dem weiblichen Geschlecht ein, das aber im allgemeinen mit niedrigeren Zahlen vertreten ist.

Hübner berechnet bei Frauen über 60 Jahre für Diebstahl im Rückfall 2,6 %.

Öffentliche Gewalttätigkeit und Beleidigung. — Bei den infolge gesteigerter Reizbarkeit und des Fehlens von Hemmungen vorkommenden Fällen von Beleidigung und Gewalttätigkeit gegen Personen, die eine Behörde vertreten, nimmt die Zahl von 30 bis 40 Jahren allmählich ab, aber nicht in dem starken Maße, wie es beim Diebstahl der Fall war. Sie machen 12,3 % (1907), 15,6 % (1906), 10,6 % (1904) aller Greisenverbrechen aus.

Die Zahl der Nichtvorbestraften erreicht nahezu höhere Werte, als bei den Sittlichkeitsverbrechen.

Hübner gibt für Beleidigung bei Männern über 60 Jahren 3,9 %, bei Frauen 4,0 % gegenüber dem Durchschnitt von 1,9 % aller Verbrechen von Personen über 60 Jahren an.

Cramer [1]) hat zahlreiche Fälle von Beleidigung festgestellt. Fälle von Majestätsbeleidigung, die meist unter Alkoholeinwirkung geschehen, sind verschwindend wenig, nach *Puppe* [2]) vorwiegend bei Epileptikern und jugendlicheren Alkoholisten.

Totschlag und schwere Körperverletzung. — Die Zahl der Verurteilten über 60 Jahre nimmt nach *Zingerle* etwas stärker ab als bei den vorigen Delikten, diese Delikte erfordern doch mehr Kraft und körperliche Rüstigkeit als die einfache öffentliche Gewalttätigkeit, und daraus erklärt sich ihr Seltenwerden.

Diese Delikte bilden nach *Zingerle* 11,5 % aller männlichen Greisenverbrechen 1907, 13,5 % 1906, 10,3 % 1904, werden also noch immer in einer bemerkenswerten Häufigkeit im Greisenalter begangen.

Das weibliche Geschlecht ist bei denselben nach den absoluten Zahlen über 60 Jahre nur wenig vertreten.

Unter den wegen schwerer Körperbeschädigung verurteilten Frauen ist aber ein größerer Prozentsatz von Frauen über 60 Jahre vertreten als unter den verurteilten Männern wegen dieser Delikte bestrafte Greise.

Von den weiblichen Verurteilungen über 60 Jahren betragen die Verurteilungen wegen schwerer Körperbeschädigung und Totschlag 5,2 % 1907, 6,1 % 1906, nach *Hübner* für schwere Körperverletzung durchschnittlich 3 %.

---

[1]) *Cramer*, Lehrb. d. ger. Psych., 4. Aufl., 1908.

[2]) *Puppe*, Majestätsbeleidigung und Geistesstörung. Ärztl. Sachverständigenztg. 1903, Nr. 12.



Die Zahl der Nichtvorbestraften steigt bei diesem Verbrechen noch mehr als bei den früheren.

Von hierher gehörigen Fällen möchte ich einige erwähnen. Ist auch bei allen nicht die Tat ausgeführt, so ist von der Bedrohung bis zur Vollendung bei Kranken mit Wahnideen meist nur ein kleiner Schritt.

Ferrière [1]) berichtet von einem Apoplektiker, der Waffen in seinem Bett und im Garten verbarg, um sich seiner Verfolger zu erwehren, er bediente sich ihrer nur nicht.

Journiac [2]) erwähnt einen Apoplektiker, der nach einem Schlaganfall die Zwangsidee bekam, er müsse seine Frau erdrosseln.

Patschke [3]) erwähnt einen Kranken, der ebenfalls die Zwangsidee hatte, er müsse seine Angehörigen umbringen oder anderen Kranken irgendein Leid antun. Er bat deshalb um die kräftigsten Wärter zu seiner Bewachung.

Ein Patient *Möllers* [4]) hatte zu Hause seine Frau mißhandelt und mit dem Beile bedroht.

Mendel [5]) zitiert aus der französischen Literatur den Fall eines Apoplektikers, der drei Jahre nach dem Insult einen Mordversuch an seinem Vater machte.

Kirn [6]) erzählt von einem Kranken, der nach einem Schlaganfall zunehmend geistesschwach wurde, sich dem Trunke ergab und mit seiner Frau in ständigem Unfrieden lebte, schließlich glaubte er, seine Frau stehe im Komplott mit den Kindern gegen ihn. Zwei Jahre nach dem Anfall kam ihm nachts der Gedanke, die Frau umzubringen, er schoß sie morgens, als sie seine Stube betrat, nieder.

Despine [7]) erzählt von einem 67 jährigen Greise, dessen Sexualität enorm gesteigert war, und der seine Tochter erstach, als er sie mit einem Liebhaber überraschte. Die Tat geschah nicht aus sittlicher Entrüstung,

---

[1]) *Ferrière* zit. bei *Möller*, Contribution à l'étude de l'état mental chez les apoplectiques (Thèse de Paris 1899).

[2]) *Journiac* zit. bei *Möller* nach *Maradon de Montyel*, Les syndromes épisodiques chez les prédisposés vésaniques sous l'influence de l'apoplexie cérébrale. Gaz. des hôp. 1892.

[3]) *Patschke*, Über arteriosklerot. Psychosen in ger. Beziehung. Vjschr. f. ger. Med. 1915, Bd. 50, H. 2, S. 206.

[4]) *Möller*, Geistige Störungen nach Schlaganfällen und ihre ger. Bedeutung. Vjschr. f. ger. Med. 1911, Bd. 42, S. 290.

[5]) *Mendel*, Über psych. Störungen nach Hirnhämorrhagie. D. med. Wschr. 1882, S. 49.

[6]) *Kirn*, Die einfachen Psychosen und die durch fortschreitende geistige Schwäche charakterisierten Seelenstörungen in forensischer Beziehung. Handb. f. ger. Med. von *Maschka*, 1882, Bd. 4, S. 364.

[7]) *Despine*, Psychologie naturelle, Bd. 2, S. 598, in Handb. f. ger. Med. von *Maschka* Bd. 4, S. 374.

sondern aus Eifersucht (*Meyer* [1])). Er weidete sich noch nachträglich an dem Anblick der Leiche, „es war doch ein schönes Weib, eine schöne Maitresse“.

Naecke [2]) berichtet ebenfalls von einem senilen Manne, der seine Frau aus Eifersucht tötete.

Boas [3]): Ein 66 jähriger Mann erschlug im akuten Verwirrtheitszustand seine Schwiegertochter.

Einige ähnliche Fälle finden sich auch bei *Bresler* [4]).

Buch [5]): Ein 69 jähriger Mann ermordete seine Frau nach vorausgegangenem Streit unter dem Eindrucke von Sinnestäuschungen und Wahnideen.

In akuten Erregungszuständen können solche Kranken zu Mördern ihrer liebsten Freunde und nächsten Verwandten werden. Das Opfer des Delikts ist meist die eigene Frau. Im allgemeinen kommen aber derartig schwere Verbrechen bei senilen psychischen Erkrankungen wegen der mangelnden Entschlußfähigkeit und des schlaffen Affektes seltener vor, häufiger bei der epileptischen Geistesverwirrtheit.

Das Verbrechen der boshaften Sachbeschädigung bei Personen über 60 Jahre nimmt nach *Zingerle* bei den Männern mehr ab als bei den Frauen, *Hübner* errechnet für letztere 2,6 % gegen den Durchschnitt von 1,9 %.

Betrug macht nach *Zingerle* einen hohen Prozentsatz der Greisendelikte aus, wenn man nicht allein Vergehen, die einer gewissen Überlegung bedürfen, dazu rechnet, sondern auch solche, für die momentan auftauchende Affekte maßgebend sind, oder durch erhebliche Gedächtnisschwäche oder leichte Bestimmbarkeit verursacht werden, wie z. B. falsche Zeugenaussagen und Meineid. Sie machen für 1907 17,1 % aller senilen männlichen Verbrechen, 21,6 % aller senilen weiblichen Verbrechen (1906 18,1 % der männlichen, 24,6 % der weiblichen) aus.

Das Verbrechen der Veruntreuung ist als solches nicht häufig im Greisenalter, wahrscheinlich schon deshalb, weil nicht viele Greise mehr in verantwortlicher Weise mit Geld umzugehen haben.

---

[1]) *Meyer*, Beiträge zur Kenntnis des Eifersuchtswahns. Arch. f. Psych. Bd. 46, S. 861.

[2]) *Naecke*, Greisenalter und Verbrechen. Arch. f. Kriminalanthropol. 1909, Bd. 43, S. 358.

[3]) *Boas*, Forensisch-psychiatrische Kasuistik II. Arch. f. Kriminalanthropol. 1910, Bd. 37, S. 19.

[4]) *Bresler*, Geisteskrankheit und Kriminalität. Jur.-psych. Grenzfragen. Bd. 5, H. 2, 3.

[5]) *Buch*, Ein Beitrag zur Lehre der senilen Geistesstörungen und ihre forensische Bedeutung. Diss. Kiel 1908.



v. Krafft-Ebing [1]) führt einen Steuerbeamten an, der unter besonderen Umständen Banknoten verwendet und in seiner Verwirrtheit vergessen hatte, die Angelegenheit in Ordnung zu bringen.

Albrecht [2]) [3]) berichtet von einem 43- und einem 52-jährigen Steuerbeamten, die der Unterschlagung und unrichtiger Führung von Kontrollisten angeklagt waren, und bei denen die Untersuchung eine beginnende arteriosklerotische Gehirnerkrankung aufdeckte.

Überblicken wir noch einmal die bei senilen geistigen Erkrankungen vorkommenden Verbrechen, so finden wir bei Männern am häufigsten vertreten die Sittlichkeitsverbrechen, die für sie als typisch bezeichnet werden müssen, darauf folgen mit einem ziemlich hohen Prozentsatz vor den anderen Brandstiftung, Betrug und Diebstahl.

Bei den Frauen sind die häufigsten Delikte Diebstahl und Betrug, besonders das erste bildet einen viel größeren Prozentsatz aller Greisenverbrechen als bei den Männern.

Bei allen Vergehen finden sich unter den Angeklagten eine große Anzahl Nichtvorbestrafter, die in ihrem ganzen Leben keine kriminellen Neigungen gezeigt haben und denen in dem betreffenden Alter eine solche Entgleisung nicht ohne weiteres zuzutrauen ist. Auch der Einwand, daß sie eventuell durch Not zum Diebstahl verleitet würden, muß nach *Feisenberger* [4]) durch die Tatsache widerlegt werden, daß gerade die Diebstahldelikte im Verhältnis zu den früheren Lebensaltern stark abnehmen, daß bei diesen Delikten die Zahl der Nichtvorbestraften am geringsten zunimmt, und daß Leute dieses Alters durch die moderne Invaliditäts- und Altersversicherung wenigstens vor der größten Not geschützt sind. Es muß also ein besonderes Etwas sein, das sie erst im späten Alter zu den Vergehen veranlaßt, nämlich die moralische Degeneration und geistige Erkrankung.

---

[1]) *v. Krafft-Ebing*, Geistesschwäche eines wegen Kassadefekts in Untersuchung stehenden Steuerbeamten. Friedr. Blätter f. ger. Med. 1878, S. 427.

[2]) *Albrecht*, Ein forensischer Fall von arteriosklerotischer Geistesstörung. Ztschr. f. Medizinalbeamte 1904, 17. Jahrg., S. 683.

[3]) *Albrecht*, Die arteriosklerotische Geistesstörung und ihre strafrechtlichen Beziehungen. Vjschr. f. ger. Med. 1907, Bd. 33, S. 83.

[4]) *Feisenberger*, Einfluß des Greisenalters auf die Kriminalität. Mitteilungen der internat. kriminal. Vereinigung 1900.

Nichts liegt in diesen Fällen näher, als die wichtige Frage nach der Zurechnungsfähigkeit der betreffenden Person. Liegt eine ausgesprochene senile Erkrankung vor, so ist der Schutz des § 51 StGB. gegeben, sehr viel schwieriger kann aber die Sachlage werden, wenn „die ethische Depravation lange dem Verfall der Intelligenz vorausgeht" (*Fischer*[1])), und es sind verschiedene Ansichten ausgesprochen worden, wie man sich in einem solchen Grenzfall zu der Beurteilung der Greisenverbrechen stellen, ob man nicht der allgemeinen senilen Involution durch eine mildere Auffassung, durch Anerkennung einer verminderten Zurechnungsfähigkeit (*Jolly*[2]), *Aschaffenburg*[3]), *Kirn*[4])[5]), *Mendel*[6]), *Wulffen*[7])) Rechnung tragen soll, wie man es bei der Beurteilung der Jugendlichen unter 18 Jahren bereits getan hat.

Bei den leichten Formen wird man, darin stimmen alle Autoren überein, wenn nur eine geringe kaum merkliche Schwächung der intellektuellen Leistungsfähigkeit besteht, selbstverständlich auf Zurechnungsfähigkeit erkennen müssen, und es bleibt dem Richter überlassen, bei geäußertem Verdacht auf verminderte Zurechnungsfähigkeit mildernde Umstände zu berücksichtigen. Er wird hierbei bei einem bis dahin unbescholtenen Menschen das ganze Vorleben, in welchem Ansehen und in welchen sonstigen Verhältnissen er stand, zu berücksichtigen haben.

---

[1]) *Jakob Fischer*, Über die Sachverständigentätigkeit bei zweifelhaften Geisteszuständen. Psych.-neurol. Wschr. 1909/10, Nr. 22, S. 185.

[2]) *Jolly*, Über verminderte Zurechnungsfähigkeit. Allg. Z. f. Psych. Bd. 44, S. 461.

[3]) *Aschaffenburg*, Verminderte Zurechnungsfähigkeit. D. med. Wschr. 1904, Nr. 31, S. 1121.

[4]) *Kirn*, Über geminderte Zurechnungsfähigkeit. Vjschr. f. ger. Med. 1898, Bd. 16, S. 266.

[5]) Ders., Die Psychosen in der Strafhaft. Allg. Z. f. Psych. Bd. 45, S. 85.

[6]) *Mendel*, Die Zurechnungsfähigkeit. Klin. Jahrb. 1903, Bd. 11, S. 153.

[7]) *Wulffen*, Internat. kriminal. Vereinigung, Bericht über die 9. Landesversammlung. Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 13, S. 212.



Die Frage der verminderten Zurechnungsfähigkeit im Greisenalter fand eine eingehende Diskussion auf dem Kongreß der internationalen kriminalistischen Vereinigung zu Budapest 1899 und als deren eifrigsten Verfechter *A. Leppmann* [1] [2].

Die Frage ist nicht mehr neu, da schon andere frühere, teils ausländische Gesetze sie in positivem Sinne beantwortet haben und das Greisenalter allgemein als Milderungsgrund für Strafbarkeit und Strafvollzug gelten lassen. So nennt nach *Leppmann* das Strafgesetzbuch für Mexiko als einen Milderungsumstand vierter Klasse neben der Minderjährigkeit und Taubstummheit das Greisenalter, in Ungarn kann wegen hohen Alters statt auf Zuchthaus auf Kerker erkannt werden, in Bulgarien darf an Personen über 65 Jahren keine Todesstrafe vollstreckt werden. Auch ein altes hannoversches Gesetz vom Jahre 1840 bestimmte, daß hohes Alter nach zurückgelegtem 60. Jahre insofern mildernd wirkt, daß der zum Zuchthaus Verurteilte unbedingt mit schweren Arbeiten zu verschonen ist.

Italien hat seit 1904 neue Bestimmungen über die bedingte Verurteilung. Sie dehnen die Höchstgrenze, bis zu der die Anwendung der bedingten Verurteilung gestattet ist, bei Greisen über 70 Jahre, ebenso wie bei Frauen und Jugendlichen, bis auf 12 Monate aus, während sonst bei erwachsenen Männern die Bestimmung nur bei Strafen bis zu 6 Monaten in Anwendung kommen kann.

Cramer [3], *Aschaffenburg* und *Spielmeyer* [4] sind ebenfalls für eine solche Modifikation der Verurteilung eingetreten.

Da es nun nach unserem zurzeit bestehenden Strafgesetzbuch eine verminderte Zurechnungsfähigkeit nicht gibt, auch der Zeitpunkt, von dem an sie zu gelten hätte, sehr unbestimmt ist, da Greise von 70 Jahren geistig noch recht rege, andererseits solche von 60 Jahren geistig schon sehr hinfällig sein können, so nehmen die Autoren, die sich mit dieser Frage beschäftigt haben:

---

[1] *A. Leppmann*, Greisenalter u. Kriminalität. Z. f. Psychotherap. u. mediz. Psychologie, 1909, Bd. 1, S. 212.

[2] *A. Leppmann*, Die ger. Psychiatrie in bezug auf die Strafgesetzgebung, in: Festschr. für d. 25jähr. Jubiläum d. preuß. Medizinalbeamtenvereins. Berlin 1908.

[3] *Cramer*, Welche medizinischen Gesichtspunkte sprechen für die Einführung einer bedingten Strafaussetzung und Begnadigung? Mtschr. f. Kriminalpsych. Bd. 1, S. 341.

[4] *Spielmeyer*, Die Psychosen des Rückbildungs- u. Greisenalters. *Aschaffenburgs* Handb. d. Psych., 5. Abt., 1912.



Leppmann, *Salgó*[1]), *Nicoladoni*[2]), *Zingerle*[3]), *Aschaffenburg*[4]), *Kirn*[5]), *Bresler*[6]), *Ackermann*[7]), *Leers*[8]) u. a. den Standpunkt ein, daß man wenigstens bei dem geringsten Zweifel an der geistigen Intaktheit, besonders bei Sittlichkeitsverbrechen und bei Greisen über 70 Jahre in jedem Falle eine eingehende psychiatrische Beobachtung fordern müsse. *Aschaffenburg*[9]) beklagt sich mit Recht, daß von 80 Sittlichkeitsverbrechen nur 2 begutachtet wären. Hier scheint mir der Hebel anzusetzen zu sein, um mit Leichtigkeit über die Frage, wie man sich zu der Zurechnungsfähigkeit der auf der Grenze von Gesundheit und Krankheit stehenden Greise stellen soll, hinwegzukommen. Die Lösung liegt in der genauen psychiatrischen Untersuchung jedes einzelnen straffälligen Greises. Die Richter sind leider noch immer viel zu wenig dazu geneigt, mit den Psychiatern Hand in Hand zu arbeiten, und oft genug kommen noch Verurteilungen von greisen Sittlichkeitsverbrechern vor. Auch *v. Krafft-Ebing*[10]) hatte bereits für ein innigeres Zusammenarbeiten von Richtern und Psychiatern plädiert, *Leppmann* empfahl, eventuell den Richtern diese Notwendigkeit durch Ministerialverordnungen, ohne ihre freie Neigung zu beeinflussen, vorzuschreiben. Wenn von Angehörigen für Sicherungsmaßnahmen Sorge getroffen ist, kann es auch nicht

---

1) *Salgó*, Mitteilungen der internat. kriminal. Vereinigung 1900, Bd. 8.

2) *Nicoladoni*, Einfluß des Greisenalters auf die Kriminalität. Ebenda 1900, Bd. 8.

3) *Zingerle*, Über das Greisenalter in forens. Beziehung. Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 40.

4) *Aschaffenburg*, Das Greisenalter in forens. Beziehung. Münch. med. Wschr. 1908, Nr. 38.

5) *Kirn*, Die Psychosen in der Strafhaft. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 45, S. 88.

6) *Bresler*, Greisenalter u. Kriminalität. Jur.-psychiatr. Grenzfr. 1907, Bd. 5, H. 2, 3.

7) *Ackermann*, Geistesstörungen des Greisenalters mit Berücksichtigung ihrer forens. Bedeutung. Arch. f. Kriminalanthr. Bd. 45.

8) *Leers*, Forensische Bedeutung der senilen Involution. Arch. internat. de Médicine Légale 1911, Bd. 2, S. 145.

9) *Aschaffenburg*, Beiträge zur Psychologie der Sittlichkeitsverbrecher. Neurol. Ztlbl. Bd. 21, S. 1081.

10) *v. Krafft-Ebing*, Psychopathia sexualis. 12. Aufl.



Zweck der Strafe sein, in jenem Alter noch eine moralische Besserung erzielen zu wollen, besonders da durch die Haft eine wesentliche Verschlimmerung des krankhaften Prozesses herbeigeführt werden kann.

Immerhin werden die Grenzfälle der senilen geistigen Erkrankungen nach erfolgter Verurteilung strafvollzugfähig sein, wobei jedoch die schon früher in dem alten hannoverschen Gesetz erwähnten Erleichterungen angebracht sein dürften. Tritt dann in der Haft die Geisteskrankheit klar zutage, oder erleidet der Verurteilte einen Schlaganfall, so daß von der weiteren Vollstreckung der Strafe eine nahe Lebensgefahr zu besorgen ist, so ist nach § 487, I StPrO. die Vollstreckung der Strafe aufzuschieben.

Möglicherweise kann dann zur Rehabilitation des Verurteilten das Verfahren nach § 399, 5 StPrO. wieder aufgenommen und dieser freigesprochen werden.

Zeugnisfähigkeit. — Kommt ein Greis einmal in die Lage, als Zeuge aufzutreten, so muß man, sollten sich bei ihm Zweifel an dem Vollbesitz seiner geistigen Kräfte bemerkbar machen, berücksichtigen, ob er den Sachverhalt ohne auffällige innere Widersprüche darstellen kann, oder ob sich bei ihm Anzeichen einer erheblichen Störung des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit wahrnehmen lassen (*Cramer*[1][2]). Im letzteren Falle wird man ihn nach § 56 St.-P.-O., sofern er von dem Wesen und der Bedeutung des Eides keine genügende Vorstellung hat, unbeeidigt vernehmen, da er sonst in die unglückliche Lage, sich eines Meineides schuldig gemacht zu haben, geraten kann. Man wird bei Aussagen solcher Personen einen ähnlichen Maßstab anlegen müssen wie bei solchen von Kindern.

Aschaffenburg[3]) erwähnt, daß in den letzten Jahren vor 1908 die Zahl der wegen Verletzung der Eidespflicht bestraften Personen über 70 Jahre sich stets um vier herum bewegt habe.

Ein eigenes Kapitel für sich bildet die Zeugnisfähigkeit bei aphasi-

---

[1]) *Cramer*, Über Zeugnisfähigkeit. Allg. Ztschr. f. Psych. 1908, Bd. 65, S. 418.

[2]) *Cramer*, Über die Zeugnisfähigkeit bei Geisteskrankheit und bei Grenzzuständen. Aus „Beiträge zur Psychologie der Aussage", Leipzig 1903, H. 2.

[3]) *Aschaffenburg*, Das Greisenalter in forensischer Beziehung. Münch. med. Wschr. 1908, Nr. 38.



schen Störungen (*Möller* [1]), *Patschke* [2])). Sind diese nicht sehr kompliziert und besteht nicht gleichzeitig stärkere Abnahme der Intelligenz, so können auch die abgerissenen Angaben eines Aphasischen für das Gericht von Wert sein.

Nachdem wir die kriminelle Bedeutung der senilen geistigen Erkrankungen in bezug auf die relative Häufigkeit gewisser Arten von Vergehen, ihre Eigenart und die Art der Ausführung kennen gelernt haben, müssen wir noch die verschiedenen Berührungspunkte der erkrankten Greise mit dem Zivilrecht erörtern (*Moeli* [3])). In erster Linie handelt es sich hierbei um die

Geschäfts- und Dispositionsfähigkeit, die von stets zunehmender Wichtigkeit ist und um so eher in Frage gestellt wird, je mehr die betreffende Person berufen war, an verantwortlicher und leitender Stelle besonders in großen geschäftlichen Unternehmungen zu stehen.

In diesem Falle werden bisweilen schon die nervösen Anfangssymptome der psychischen Greisenkrankheiten, wie Kopfdruck, Schwindelanfälle und Gedächtnisdefekte, verbunden mit allgemeiner Reizbarkeit und Energielosigkeit genügen, um jene bedeutend herabzusetzen, ja aufzuheben, so daß der § 104, 2 BGB. in Frage käme.

Vielfach wird es sich darum handeln, nachträglich zu entscheiden, ob die von einem Greise getroffenen Abmachungen rechtsgültig waren, oder seine Handlungsweise bereits unter dem Eindrucke krankhafter Erscheinungen stand (*Fischer* [4])). Charakteristisch sind in dieser Beziehung die Zustände von seniler Melancholie, wie sie z. B. von *Gudden* [5]) und *Patschke* [6]) angeführt sind. Die Kranken leben in andauernder lebhafter Angst und innerer Unruhe, sehen alles in trübstem Licht, glauben alles rettungslos verloren und suchen, von solchen Wahnideen befangen, durch Verkauf ihres Besitztums zu retten, was möglich ist. Urteil und Kritik sind dabei vollständig aufgehoben. Sie befinden sich, obgleich sie energischem Einspruch gegenüber für kurze Zeit sich zusammennehmen und einen leidlich geordneten Eindruck machen können, zur Zeit des Vertragsabschlusses in einem Zustande, der sie die Tragweite ihrer

---

[1]) *Möller*, Geistige Störungen nach Schlaganfällen und ihre gerichtsärztliche Bedeutung. Vjschr. f. ger. Med. 1911, Bd. 42, S. 290.

[2]) *Patschke*, Über arterioskl. Psychosen in ger. Beziehung. Vjschr. f. ger. Med. 1915, Bd. 50, S. 206.

[3]) *Moeli*, Die Geisteskrankheiten in zivilrechtlicher Hinsicht. Klin. Jahrb. 1903, Bd. 11, S. 177.

[4]) *Jakob Fischer*, Über die Sachverständigentätigkeit bei zweifelhaften Geisteszuständen. Psych.-neurol. Wschr. 1909, 1910, Nr. 22, S. 185.

[5]) *Gudden*, Einige Gutachten über bestrittene Vertragsfähigkeit bzw. Testierfähigkeit. Friedr. Bl. f. ger. Med. 63. Jahrg., S. 226.

[6]) *Patschke*, Über arterioskl. Psychosen in ger. Beziehung. Vjschr. f. ger. Med. 1915, Bd. 50, S. 206.



Handlungen nicht erkennen läßt. Hier wird § 105, 2 BGB. anzuwenden sein, wonach die Willenserklärung, die im Zustande der Bewußtlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistestätigkeit abgegeben wird, nichtig ist.

Bisweilen ist die Entscheidung in dieser Beziehung bei dem Wechsel der Krankheitserscheinungen sehr schwierig, und es bedarf oft umfangreicher Erhebungen, besonders bei Leuten, mit denen der Betreffende zur fraglichen Zeit in häufigem Verkehr gestanden hat, um sich ein klares Bild von dem Sachverhalt zu verschaffen.

Da nun die Zeugenaussagen, wenn außerdem längere schriftliche Auslassungen des Betreffenden nicht vorliegen, oft sehr skeptisch zu beurteilen sind, rät *Cramer* [1]), wenn bei alten Leuten auch nur leiseste Zweifel bestehen, bei wichtigen Geschäftsabschlüssen Sachverständige zuzuziehen, dies vor allem bei sehr hohem Alter nie zu versäumen.

Die gleichen Nachforschungen müssen bei den nach Schlaganfällen auftretenden psychischen Störungen, besonders bei Beeinträchtigung der Intelligenz, angestellt werden.

Für die aphasischen Störungen gilt das bei der Zeugnisfähigkeit Gesagte; ein wesentlicher geistiger Defekt braucht nicht gleichzeitig vorhanden zu sein.

Kohler [2]) berichtet über einen Apoplektiker, welcher trotz erheblicher aphasischer Störungen z. B. seine Geldgeschäfte vollständig korrekt erledigte. Weiter wurden von *Le grand du Saulle* [3]) und *Burgl* [4]) Fälle mitgeteilt, in denen von den Angehörigen des Kranken bereits die Entmündigung beantragt war, die ärztlichen Sachverständigen aber zu der Ansicht kamen, daß die Geschäftsfähigkeit noch erhalten war. Hierbei handelte es sich um eine motorische Aphasie, die Kranken konnten nur einige Silben oder Worte sprechen, dagegen zeigten die intellektuellen Fähigkeiten keine wesentliche Störung, und außerdem war ein ausreichender Grad von Schreibfähigkeit mit der linken Hand zu konstatieren.

Weiter ist es die leichte Bestimmbarkeit vieler Apoplektiker und Senilen, die in manchen Fällen, auch wenn die Intelligenz keine sehr erhebliche Einbuße zeigt, verhängnisvoll werden kann, wie es bei der senilen Melancholie schon hervorgehoben ist. Habgierige und gewissenlose Menschen suchen in Erkenntnis der günstigen Situation den Kranken zu überreden, sein Eigentum zu einem lächerlich geringen Preis zu verkaufen oder zu verschenken. So kann es zu einer unsinnigen Verschwen-

---

1) *Cramer*, Gerichtliche Psychiatrie. 4. Aufl., 1908.

2) *Kohler*, Über die Dispositionsfähigkeit Aphasischer. Friedr. Bl. f. ger. Med. 1890, S. 324.

3) *Le grand du Saulle*, Les apoplectiques, leur état mental, leur degré de responsibilité et leur capacité civile. Gaz. des hôpit. 1881.

4) *Burgl*, Dispositionsfähigkeit bei Aphasie. Friedr. Bl. f. ger. Med. 1899, S. 392.



dung, unüberlegten, unter dem Deckmantel der Frömmigkeit erfolgenden Schenkungen, Enterbung der nächsten Angehörigen zugunsten Fernstehender kommen, in deren Händen der Kranke ein willenloses Werkzeug ist.

Diese Willenlosigkeit ist auch das Verhängnisvollste bei den unter einer gewissen Euphorie und heiteren Erregung stehenden Greisen, bei denen noch kein wesentlicher Intelligenzdefekt vorhanden ist, und die bisweilen von beutelüsternen weiblichen Personen umgarnt und zur Ehe bestimmt werden. Nur zu spät tritt dann die Erkenntnis der Geisteskrankheit und mit ihr als Ernüchterung die schwere moralische und materielle Schädigung der Kranken und ihrer Familien zutage.

Es ist deshalb in allen Fällen, wo bei der Stellung der Kranken viel auf dem Spiele steht, dringend anzuraten, durch gesetzliche Maßnahmen ihre Dispositionsfreiheit so früh wie möglich einzuschränken, wozu sich die Angehörigen erfahrunggemäß leider wenig bereit zeigen. Es muß allerdings auch zugegeben werden, daß es oft greise Personen gibt, die zwar eigentümlich genug sind, deren Zug ins Krankhafte aber den Richtern nicht so plausibel gemacht werden kann, daß es zur Entmündigung hinreicht (*Berze* [1])). Ein solcher Fall scheint mir nach *Möller* der von *Ferrière* [2]) beobachtete zu sein, wonach sich ein Apoplektiker aus rein egoistischen Gründen mit allen möglichen Mitteln der Heirat seiner Tochter widersetzte.

Die noch erhaltenen äußeren gesellschaftlichen Umgangformen und eine gewisse Redseligkeit konnen bei einer offiziellen Gelegenheit, wie es ein Termin ist, oft über gewisse Defekte der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses und des Urteils hinwegtäuschen.

In Betracht kommt die Pflegschaft und die Entmündigung. Die Pflegschaft nach § 1910, 2 BGB. als leichteste Form gesetzlicher Fürsorge für einzelne oder einen bestimmten Kreis der Angelegenheiten des Kranken, besonders im Beginn der Erkrankung, wenn man Grund zur Annahme hat, daß die Krankheit vorläufig nicht weiter fortschreiten wird, bei Apoplektikern nach dem ersten Schlaganfall, wenn außer den Erscheinungen des aphasischen Symptomenkomplexes (Stummheit) keine weiteren psychischen Erscheinungen vorhanden sind. Ist eine merkliche Abschwächung der intellektuellen Fähigkeiten eingetreten, so dürfte sich, je nach den Lebensverhältnissen des Kranken, nach § 6, I BGB. die Entmündigung nur wegen Geistesschwäche empfehlen; sind noch ausge-

---

[1]) *Berze*, Über das Verhältnis des geistigen Inventars zur Zurechnungs- und Geschäftsfähigkeit. Jur.-psych. Grenzfragen Bd. 6, 1908.

[2]) *Ferrière* (nach *Moeller*), Contribution à l'étude de l'état mental chez les apoplectiques. Thèse de Paris 1899.



sprochene Wahnideen, Sinnestäuschungen mit Erregungszuständen vorhanden, so tritt die Entmündigung wegen Geisteskrankheit in ihre Rechte.

Eherecht. Mit Bezugnahme auf den bei der Geschäftsfähigkeit angenommenen Fall, daß euphorische und sexuell erregte Greise von aufdringlichen weiblichen Personen zur Ehe überredet werden, kann es vorkommen, daß die Greise unter Hintansetzung aller geheiligten Familienbande die Ehescheidung von ihrer bisherigen Frau betreiben wollen, oder wenn sie alleinstehen, kurzerhand die ihnen aufgedrungene Ehe eingehen. Im letzteren Falle ist es möglich, die Gültigkeit der Ehe durch Nachweis der zur Zeit der Eheschließung bestehenden geistigen Erkrankung auf Grund des § 1325 BGB. nachträglich anzufechten. Danach ist eine Ehe nichtig, wenn einer der Ehegatten zur Zeit der Eheschließung geschäftsunfähig war.

Um die Geschäftsfähigkeit handelt es sich ebenfalls, wenn eine senil erkrankte Person kurz vor ihrem Tode durch Eingehen einer Ehe uneheliche Kinder noch legitimieren will.

Da wir mit *Bresler* gesehen haben, daß gerade ältere Männer mit Vorliebe junge Frauen heiraten, ist es auch möglich, daß die Frau nach § 1333 BGB. wegen Irrtums über persönliche Eigenschaften des andern Ehegatten die Ehe anficht, wobei neben etwaigen früher nicht bemerkten psychischen Symptomen das sexuelle Moment eine hervorragende Rolle seitens der jungen Frau spielen wird.

Eine Scheidung der Ehe nach § 1569 BGB. wird bei einem ziemlich gleichaltrigen greisen Ehepaar sehr selten vorkommen, nachdem es so lange Freude und Leid gemeinsam getragen hat. Auch sind in vielen Fällen die Bedingungen des § 1569 nicht ganz vorhanden, da immer wieder Besserungen im geistigen Befinden eintreten können, es müßte denn schon eine ziemlich vollständige Verblödung eingetreten sein.

Bei Aphasischen können die Störungen, wenn auch selten, so hochgradig sein, daß infolge Mangels an Verständigung durch Sprache, Schrift oder Gebärde die geistige Gemeinschaft aufgehoben ist, allerdings müssen zu einer Ehescheidung die Symptome jahrelang unverändert bestanden haben (*Burgl* [1])).

Testierfähigkeit. — Eine besondere Wichtigkeit erlangt wegen der daraus entstehenden Folgen die Frage der Testierfähigkeit bei den senilen psychischen Erkrankungen, besonders deshalb, weil heutzutage jeder sein Testament in seinem stillen Kämmerlein machen kann, ohne daß der krankhafte Geisteszustand, in dem er sich zur fraglichen Zeit befindet, einem andern aufzufallen braucht. Erfahrunggemäß gehört bei der in Laienkreisen noch immer vorhandenen großen Unkenntnis von abnormen geistigen Zuständen oft ein großes Maß dazu, damit diese besonders von denen, die mit der fraglichen Person oft zusammenkommen,

[1]) *Burgl*, Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund. Friedr. Bl. f. ger. Med. 1900, S. 104.



erkannt werden. Die Fähigkeit zum Testieren ist eine besondere Art der Geschäftsfähigkeit.

Nach *v. Krafft-Ebing*[1]) müssen zur Fähigkeit, ein Testament zu errichten, zwei Bedingungen vorhanden sein:

1. Der Testierende muß der Bedeutung der von ihm vorzunehmenden feierlichen Handlung in materieller und legaler Beziehung, der Tragweite der von ihm getroffenen Verfügungen für sich und die Beteiligten klar bewußt und imstande sein, diesen Willen klar und deutlich, sei es schriftlich oder mündlich, darzutun.

2. Diese Willenserklärung muß eine freie sein, d. h. unbeirrt durch Einschüchterungen, äußeren Zwang, Vorspiegelung falscher Tatsachen oder krankhafte Störungen der Geistestätigkeit (*Kreuser* und *Schmoller*[2]).

Sobald die eine dieser Fähigkeiten mangelt, ist die Testierfähigkeit als nicht vorhanden anzusehen und gleichbedeutend mit der Geschäftsunfähigkeit nach §§ 104, 105 BGB. (*Siemerling*[3]), *Marx*[4])).

Ferner ist auch schon der wegen Geistesschwäche Entmündigte, beschränkt Geschäftsfähige, testierunfähig und kann nur ein schon vor der Entmündigung errichtetes Testament oder einzelne Teile desselben widerrufen (§§ 2229, 2 und 2253).

Es ist aber zu bedenken, daß ein inhaltlich logisches Testament durchaus noch nicht eine normale Geistesverfassung des Testators beweist, andrerseits kann eine paradoxe letztwillige Verfügung ebensowenig die Geistesunfreiheit des Testators verbürgen als bei Geistesgesunden eine verkehrte unsinnige Idee, denn es kommt hier wesentlich auf die Art, wie sie gemeint ist, auf die Auslegung dessen, der sie kundgibt, und auf seine Motive an, die uns vielfach unklar bleiben.

Ein früher erlittener apoplektischer Insult stellt die Testierfähigkeit an und für sich nicht in Frage. Sind besondere geistige Störungen noch nicht vorhanden, so sind Klagen, die das Testament anfechten, abzuweisen. Auch geringe geistige Krankheitsymptome, wie sie nach Apoplexien vorkommen, schließen die Testierfähigkeit noch nicht ohne weiteres aus, da sogenannte lichte Zwischenräume erfahrunggemäß häufig vorkommen (*Wille*[5])). *v. Krafft-Ebing* erwähnt einen Fall von *Legrand du*

---

[1]) *v. Krafft-Ebing*, Die zweifelhaften Geisteszustände vor dem Zivilrichter. Erlangen 1873.

[2]) *Kreuser* und *Schmoller*, Testamentserrichtung und Testierfähigkeit. Jur.-psych. Grenzfragen. Bd 4, H. 7, 8, S. 22.

[3]) *Siemerling*, 3 Obergutachten, betreffend Testierfähigkeit. Friedr. Bl. f. ger. Med. 1902, 53. Jahrg., S. 1.

[4]) *Marx*, Die gerichtsärztliche Begutachtung der Testierfähigkeit. Münch. med. Wschr. 1906, S. 2038.

[5]) *Wille*, Ärztliches Gutachten betr. den Geisteszustand des Gottfried Keller wegen zweifelhafter Testierfähigkeit. Vjschr. f. ger. Med. 1893, Bd. 6, Suppl.-Heft S. 67.



Saulle [1]), wo ein rechtsgültiges Testament zwischen zwei Anfällen rezidivierender Geistesstörung errichtet wurde. Jedenfalls müssen die psychischen Krankheitserscheinungen bei Apoplektikern schon von erheblicher Stärke und längerer Dauer sein, um die Testierfähigkeit zu einer bestimmten Zeit mit Sicherheit ausschließen zu können.

Sehr viel schwieriger kann die Entscheidung bei der schleichend einsetzenden moralischen Entartung der arteriosklerotischen und senilen Personen werden, bevor für den Laien etwas Abnormes im Verhalten der betreffenden zu bemerken ist (*Siemens* [2])). Auf die hierbei in Betracht kommenden klinischen Symptome bin ich schon früher zur Genüge eingegangen.

Die Hauptäußerungen sind das Mißtrauen und die Bestimmbarkeit der Greise, so daß sie letztwillige Verfügungen treffen können, die oft den Willen eines andern dokumentieren, ja direkt nachschreiben, was ein anderer ihnen diktiert.

v. Krafft-Ebing sagt treffend: „Bei Sinnen und Verstand sein ist nicht identisch mit dem Besitz der Vernunft und der freien Selbstbestimmungsfähigkeit.“ Diese müssen aber von dem Testierenden unbedingt gefordert werden.

Ich weise in dieser Beziehung auch auf die bei der Geschäftsfähigkeit angeführten Richtlinien hin.

Es wird also zur Prüfung, ob jemand zu einer bestimmten Zeit testierfähig war, nötig sein, sein ganzes Verhalten zu jener Zeit genauestens aufzudecken, wobei man, da der Testator in den meisten Fällen schon gestorben ist, auf verschiedene Hilfsmittel angewiesen ist.

Unter Umständen kann man aus dem ganzen Inhalt des Testaments, seiner Begründung, aus dem Satzbau, der Orthographie (Auslassungen von Buchstaben und Silben), aus den Schriftzügen (größere Zittrigkeit, Abweichungen von der geraden Linie), einen, wenn auch etwas unsicheren Schluß auf den geistigen Zustand ziehen (*Weygandt* [3])).

Auch die Wahl der Schreibmaterialien, die äußere Ausstattung, Randbemerkungen, Korrekturen, Tintenflecke, Unsauberkeiten geben mitunter wichtige Anhaltpunkte, besonders dann, wenn Vergleiche mit Schriftzügen aus gesunden Tagen möglich sind. In ähnlicher Weise sind auch sonst schriftliche Äußerungen der Verstorbenen zur Zeit der Testamentserrichtung (Briefe, Geschäftsbücher, Rechnungen) heranzuziehen. Weiterhin sind es in der Hauptsache die Aussagen von Zeugen, auf Grund deren sich der Sachverständige ein Urteil über den Geisteszustand des Testators bilden muß. Im algemeinen sind die Aussagen der Zeugen auf der inter-

---

[1]) *Le grand du Saulle* (zit. nach *v. Krafft-Ebing*), La folie. Paris 1864.

[2]) *Siemens*, Streitige Geschäfts- und Testierfähigkeit. Vjschr. f. ger. Med. 1891, Bd. 1, S. 279.

[3]) *Weygandt*, Willensstörungen. Dittrichs Handb. der ärztl. Sachverständigentätigkeit 1910, Bd. 8, S. 214.



essierten Seite häufig parteiisch, auf der nicht interessierten Seite wegen Achtlosigkeit wenig zu verwerten. Am meisten Wert haben noch die von solchen Personen, mit denen der Testator nicht gerade täglich zusammengekommen ist, wie bei einer gelegentlichen Reise, einem Badeaufenthalt. Bestimmte Angaben über Verwirrtheitszustände und Wahnideen zur fraglichen Zeit werden die Testierfähigkeit immer ausschließen. Oftmals kann es, worauf *Schmoller* [1]) hinweist, mit großen Schwierigkeiten verknüpft sein, ein Testament, trotzdem die psychiatrischen Sachverständigen sich mehr oder weniger bestimmt gegen das Vorhandensein der freien Willensbestimmung ausgesprochen haben, anzufechten, weil die Richter sich nicht völlig von der mangelnden Testierfähigkeit überzeugen konnten.

Besondere Eigenarten bietet die Testierfähigkeit Aphasischer nach einer Apoplexie, worüber *Schmoller* eingehend berichtet hat. Vorbedingung ist natürlich, daß die geistigen Fähigkeiten genügend erhalten geblieben sind. Weiterhin muß der Aphasische imstande sein, den gesetzlichen Formen zu genügen, indem er bei Verlust der Sprache entweder schriftlich (*Böhm* [2]), *Köster* [3])), auch mit der linken Hand (*Jolly* [4])), oder bei Agraphie und Alexie mündlich seinen letzten Willen kundgibt (§§ 2231,2 und 2238,2 BGB.). Taubheit ist nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch kein Hinderungsgrund. Aphasische, die gleichzeitig weder schreiben noch sprechen können, sind testierunfähig, da die Testamentserrichtung durch Zeichen oder Gebärdensprache unzulässig ist.

Bei der seltenen kortikalen sensorischen Aphasie kann es zu so schweren Störungen kommen, daß der Kranke nicht schreiben und Geschriebenes nicht lesen kann. *Elder* [5]) hat auf die forensisch wichtige Tatsache aufmerksam gemacht, daß solche Kranke außer einigen Silben und Worten auch ihren Namen schreiben, ferner ihnen vorgelegte Schriftstücke automatisch abschreiben können, ohne Sinn und Bedeutung des Inhalts zu verstehen. Daß dadurch leicht eine Unterschiebung eines fremden Testaments zustande kommen kann, ist klar. *Pelman* [6]) begutachtete eine altersschwachsinnige, nahezu völlig taube und erblindete Person, die bei ihrer testamentarischen Verfügung das willenlose Werkzeug ihrer Umgebung gewesen war.

---

[1]) *Kreuser* und *Schmoller*, Testamentserrichtung und Testierfähigkeit. Jur.-psych. Grenzfragen Bd. 4, H. 7, 8, S. 22.

[2]) *Boehm*, Friedr. Bl. f. ger. Med. 1901, S. 258.

[3]) *Koester*, Über die Dispositionsfähigkeit Aphasischer. Friedr. Bl. f. ger. Med. 1890.

[4]) *Jolly*, Über den Einfluß der Aphasie auf die Fähigkeit zur Testamentserrichtung. Arch. f. Psych. Bd. 13, S. 325.

[5]) *Elder* (zit. nach *Moeller*), A discussion on aphasia in relation to testamentary capacity. Brit. med. Journ. 1898, S. 581.

[6]) *Pelman*, Gerichtsärztliches Gutachten. Friedr. Bl. f. ger. Med. 1885, S. 251.

Insofern in einem Fall ein Obduktionsbefund über die Leiche des Testators vorliegt, haben diesen die ärztlichen Sachverständigen selbstverständlich ganz besonders zu berücksichtigen. Alle, die sich mit dieser Frage beschäftigen, u. a. *Ackermann* [1]), *Hoche* [2]), *Hübner* [3]), *v. Krafft-Ebing* [4]), *Leers*, [5]) *Moeli* [6]), *Moeller* [7]), *v. Monakow* [8]), *Patschke* [9]), *Schlager* [10]), *Schmidtmann* [11]), *Zingerle* [12]), stimmen darin überein, daß der Obduktionsbefund für sich allein noch keine genügende Anhaltpunkte bietet, um die Frage mit Bestimmtheit beantworten zu können, in welchem Zustande sich der Testator zur Zeit der Abfassung eines Testaments befunden hat.

Wie *v. Krafft-Ebing* ganz richtig bemerkt, kann bei klinisch sehr schweren Erscheinungen makroskopisch ein negativer Befund vorhanden sein und umgekehrt trotz bedeutender anatomischer Veränderungen eine erhebliche, d. h. rechtlich ins Gewicht fallende psychische Veränderung fehlen. Ein positiver Hirnbefund kann deshalb nur im Zusammenhange mit andern Beweismomenten verwertet werden. Stützte man sich vorwiegend auf den pathologisch-anatomischen Befund eines bei seniler geistiger Erkrankung, besonders nach Apoplexie Verstorbenen, so könnte man, wie *v. Monakow* [13]) richtig sagt, nahezu alle Patienten mit fort-

---

[1]) *Ackermann*, Geistesstörungen des Greisenalters mit Berücksichtigung ihrer forensischen Bedeutung. Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 45, S. 334.

[2]) *Hoche*, Handb. d. ger. Psychiatrie. Berlin 1909.

[3]) *Hübner*, Lehrb. der forens. Psychiatrie. 1914, S. 548.

[4]) *v. Krafft-Ebing*, Gerichtl. Psychopathologie 1900.

[5]) *Leers*, Zur forens. Bedeutung der senilen Involution. Arch. internationales de Médicine Légale 1911, Bd. 2, S. 145.

[6]) *Moeli*, Testierfähigkeit und Testamentsanfechtung. Dittrichs Handb. der ärztl. Sachverständigentätigkeit 1908, Bd. 9, S. 330.

[7]) *Moeller*, Geistige Störungen nach Schlaganfällen und ihre gerichtsärztl. Bedeutung. Vjschr. f. ger. Med. 1911, S. 308.

[8]) *v. Monakow*, in *Meyer v. Schauensee*, Über die Bedeutung des anat.-pathol. Elements für die Diagnose der Geisteskrankheit, speziell mit Berücksichtigung auf die Handlungsfähigkeit der Apoplektiker. Mtschr. f. Kriminalpsychologie u. Strafrechtsref. 1915, 2. Jahrg., H. 7, S. 383.

[9]) *Patschke*, Über arteriosklerotische Psychosen in ger. Beziehung. Vjschr. f. ger. Med. 1915, Bd. 50, H. 2, S. 200.

[10]) *Schlager*, Psychiatr.-forens. Untersuchungen betr. sog. letztwilliger Anordnungen. Handb. d. ger. Med. von *Maschka*. 1882, Bd. 4, S. 119.

[11]) *Schmidtmann*, Handb. d. ger. Med., 1900, S. 63.

[12]) *Zingerle*, Über das Greisenalter in forensischer Beziehung. Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 40.

[13]) *v. Monakow*, in *Meyer v. Schauensee*, Über die Bedeutung des

geschrittener Sklerose der Hirnarterien, mit Hirnblutung usw., kurz alle Apoplektiker für geistig minderwertig, schwachsinnig und daher als der freien Willensbestimmung, der Testierfähigkeit beraubt erklären. Es bedarf für das Zustandekommen der Störungen des Intellekts noch anderer Momente als einer einfachen mechanischen Zirkulationsabsperrung oder eines örtlichen zerebralen Defekts. Es ist deshalb für die nachträgliche Beurteilung der früheren Testierfähigkeit eines verstorbenen Greises nicht allein von Bedeutung, multiple herdartige Veränderungen [1]) im Gehirn, chronische Trübungen und Verdickungen der Hirnhäute, Atrophie der Hirnrinde, erhebliche Gewichtsverminderung oder mikroskopisch wichtige Veränderungen nachzuweisen, sondern in gerechter Würdigung aller Tatsachen möglichst zu beweisen, daß diese organischen Veränderungen zusammen mit den klinischen Symptomen schon früher zur Zeit der Testamentserrichtung bestanden haben. Die Leichenbefunde sind dabei um so wichtiger, je kürzer der Zeitraum war, der zwischen der in Frage stehenden Handlung und dem Tode lag. Denselben Maßstab müssen wir bei der gerichtsärztlichen Beurteilung eines auf die Testamentserrichtung gefolgten Selbstmordes eines Senilen anlegen. Auch hier müssen alle erwähnten Faktoren in Betracht gezogen werden, denn nicht jeder Selbstmord beruht auf Geisteskrankheit, sondern kann auch Folge eines die freie Willensbestimmung nicht an und für sich ausschließenden Affektes sein (*v. Krafft-Ebing, Moeli*).

Blicken wir noch einmal auf die bei den senilen psychischen Erkrankungen möglichen Konflikte mit dem Straf- und Zivilrecht zurück, so sehen wir, daß eine ganz erhebliche Anzahl von Beziehungen vorkommen können. Bei allen hat es sich durch die praktische Erfahrung erwiesen, daß die Ursache allein in der senilen Rückbildung, resp. in einem ausgesprochenen Übergang in geistige Krankheit zu suchen ist. Wenn heutzutage das Gesetz dem Greisenalter noch keine Ausnahmestellung eingeräumt hat, so lassen sich doch durch ein intensiveres Zusammenarbeiten von Psychiatern und Richtern, durch häufigere Anwendung des § 81 StPrO., viele Schwierigkeiten bei der Beurteilung überwinden und zum Heil der psychisch erkrankten Greise besseres gegenseitiges Verständnis und größere Anpassung der beiderseitigen verschiedenen Auffassungen erzielen.

---

pathol.-anat. Elementes für die Diagnose der Geisteskrankheit, speziell mit Berücksichtigung auf die Handlungsfähigkeit der Apoplektiker. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform 1915, 2. Jahrg., H. 7, S. 383.

[1]) *Kehrer*. Über Herderscheinungen und Geisteskrankheiten. Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912, Bd. 5, S. 337.



Ein typischer Fall von Querulantenwahnsinn[1].

Von

Oberlandesgerichtsrat Dr. **Th. Engelmann** in München.

Bei dem Oberlandesgericht München hat vor kurzem ein Entmündigungsprozeß sein vorläufiges Ende gefunden, der wohl als typischer Fall von Querulantenwahnsinn bezeichnet werden kann und schon hiewegen eine kurze aktenmäßige Darstellung verdienen dürfte[2]. Lehrreich für den Juristen wie für den psychiatrischen Gutachter ist daran insbesondere, wie sich das im § 6 Nr. 1 BGB. begründete Verhältnis der Geisteskrankheit zur Geistesschwäche in der praktischen Anwendung gestaltet, und wie das Gesetz dem von einem erfahrenen Psychiater beratenen Richter ermöglicht, ohne Rücksicht auf theoretische Begriffsbestimmungen die dem Bedürfnisse des Lebens entsprechende Entscheidung zu treffen.

Jakob E., Hausbesitzer in V. (Niederbayern), ist als uneheliches Kind einer Häuslerin am 2. Juli 1858 geboren. Geisteskrankheiten sind in seiner Familie nicht beobachtet worden; auch er selbst ist, von geringfügigen körperlichen Störungen abgesehen, immer gesund gewesen. Vom 13. bis zum 19. Lebensjahre hat er sich als Hirtenbube seinen Lebensunterhalt verdient. Beim Militär hat er nicht gedient, da er („wegen eines Gewächses") als dauernd untauglich erklärt wurde. Mit 27 Jahren

[1]) Literaturangaben über Querulantenwahnsinn z. B. bei *Kraepelin*, Psychiatrie, 7. Aufl., Leipzig 1904, Bd. 2, S. 612, Note *. Die juristische Seite der Frage wird meistens in den Kommentaren zu § 6 des Bürgerlichen Gesetzbuchs behandelt.

[2]) „Die Literatur über solche chronisch Paranoische ist zwar nicht klein, aber doch auch nicht groß genug, um die Mitteilung eines genau beobachteten Falles wertlos oder überflüssig zu machen, zumal wenn derselbe Einblick tun läßt in die Art und Weise der räsonnierenden Wahnbildung, deren Studium noch keineswegs abgeschlossen ist." (*H. Pfister*, Über Paranoia chronica querulatoria, Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 59 [1902], S. 589 ff.)



hat er sich verheiratet; aus seiner Ehe stammen 4 Kinder. Das vorhandene Anwesen wurde von der Frau in die Ehe eingebracht. Später hat er durch Sacktragen, Sandfahren, Kleesamen- und Brennholzverkauf etwa 1500 M. jährlich eingenommen und hiermit den Unterhalt für sich und seine Familie bestritten [1]).

Seine streitbare Natur trat zuerst bei einem Konflikt mit seinem Oheim hervor, der bei einem Erbschaftsfall die Mutter des E. angeblich benachteiligte. Wegen der von ihm hiewegen über den Oheim gebrauchten beleidigenden Äußerungen hat E. zwei geringfügige Geldstrafen erlitten.

Den Ausgangspunkt aller späteren Ereignisse bildet eine Strafanzeige, die im Sommer 1905 von seinem Nachbar K. gegen den damals 47 Jahre alten E. erstattet wurde. E. wurde darnach beschuldigt, entgegen einer oberpolizeilichen Vorschrift seinen Abort am Tage geräumt zu haben. Er erhielt einen Strafbefehl über 5 M., gegen den er Einspruch einlegte. In der schöffengerichtlichen Verhandlung vom 1. August 1905 stellte E. die ihm zur Last gelegte strafbare Handlung in Abrede. K. als Zeuge bestätigte nach gesetzlicher Beeidigung, der Abort des E. sei an einem Tage im Juni 1905 zur Mittagzeit geräumt worden; wer den Abort geräumt habe, wisse er nicht. Auf Grund dieser Aussage wurde der Einspruch des E. verworfen, weil das Schöffengericht annahm, daß die Entleerung der Abortgrube am 8. Juni 1905 entweder durch E. selbst oder mit seinem Wissen und Willen von seinen Angehörigen vorgenommen worden sei.

E. legte Berufung ein und brachte zur Hauptverhandlung vor dem Landgericht P. 3 Entlastungszeugen mit, nachdem ihm mitgeteilt worden war, daß deren Ladung von Amts wegen abgelehnt werde, daß es ihm aber freistehe, auf seine Kosten Zeugen unmittelbar zu laden oder selbst mitzubringen. Durch Urteil des Landgerichts P. vom 23. September 1905 wurde E. dem Antrag des Staatsanwalts entsprechend freigesprochen und die Kosten beider Instanzen der Staatskasse auferlegt. K. hatte vor dem Landgericht seine Aussage dahin eingeschränkt, daß er am 8. oder 9. Juni mittags auf dem Düngerhaufen des E. Stoffe bemerkt habe, die er für Menschenkot gehalten habe; daraus habe er geschlossen, daß der Abort des E. geräumt worden sei; das Entleeren der Grube selbst habe er nicht beobachtet. Da 2 Entlastungszeugen in glaubwürdiger Weise bestätigten, daß die Abortgrube des E. erst Ende Juni, und zwar bei Nacht, entleert worden sei, kam das Landgericht zu der Überzeugung, daß der Zeuge K. sich geirrt habe und seine Schlußfolgerung unrichtig gewesen sei. Dem Antrage des E., die ihm durch die Entschädigung der Entlastungszeugen entstandenen Auslagen von 23 M. auf die Staatskasse zu übernehmen, gab das Landgericht nicht statt, weil es seine Sache gewesen wäre, schon bei Erhebung des Einspruchs diese Zeugen zu benennen, wodurch das weitere Verfahren vermieden worden wäre; der Anregung des E., die

[1]) Diese Angaben beruhen auf den von ihm selbst dem Gutachter gemachten Mitteilungen, an deren Richtigkeit zu zweifeln kein Anlaß vorliegt.



Kosten dem Anzeiger K. aufzuerlegen, wurde nicht entsprochen, weil nicht feststellbar sei, daß K. wider besseres Wissen oder grob fahrlässig gehandelt habe [1]).

Am 21. April 1907 befand sich E. in Gesellschaft eines gewissen Sch. in einer Wirtschaft. Auf die Bemerkung des Sch., es gäbe heutzutage schlechte Leute, die eine Schuld ableugnen und wohl auch abschwören, erwiderte E.: „Ja, da recken sie die Hand in die Höhe und sagen die Wahrheit nicht." K., der zufällig in der Nähe saß, fragte, ob sich diese Äußerung auf ihn beziehe, worauf E. erwiderte: „Ja, das geht dich auch an, du bist auch draußen gewesen und hast die Hand in die Höhe gehoben und die Wahrheit nicht gesagt." Auf Vorhalt des K., ob er das sagen könne, fuhr E. fort: „Ja, das sage ich immer wieder, und am jüngsten Tag auch noch."

K. erhob nunmehr Privatklage gegen E. wegen Beleidigung, die zunächst mit der Freisprechung des E. endigte. E. hatte erklärt, er habe mit seiner Äußerung nur sagen wollen, daß K. damals die Wahrheit nicht gesagt habe, einen Meineid habe er ihm nicht vorwerfen wollen. Das Schöffengericht nahm als erwiesen an, daß die seinerzeitige Angabe des K. über das Räumen der Abortgrube um die Mittagszeit objektiv unwahr gewesen sei; E. sei sich des ehrverletzenden Charakters seiner Äußerung nicht bewußt gewesen. Auf Berufung des K. wurde das schöffengerichtliche Urteil vom Landgericht P. am 31. Januar 1908 aufgehoben und E. wegen Beleidigung zur Geldstrafe von 30 M. und zur Kostentragung verurteilt. Nach der Anschauung des Landgerichts habe E. unzweifelhaft sagen wollen, daß K. wissentlich auf Eid die Unwahrheit gesagt, also einen Meineid geleistet habe; er habe dabei vorsätzlich und im Bewußtsein des ehrverletzenden Charakters seiner Äußerung gehandelt; der Schutz des § 193 StGB. (Wahrung berechtigter Interessen) stehe ihm nicht zur Seite.

Die Revision des E. wurde durch Urteil des Obersten Landesgerichts München vom 2. April 1908 als unbegründet verworfen, weil das landgerichtliche Urteil keinen Rechtsirrtum ersehen lasse.

Ein Gesuch des E. um Wiederaufnahme des Verfahrens blieb ohne Erfolg.

Schon am 20. Juni 1907 hatte E. gegen K. Strafanzeige erstattet,

---

[1]) Vgl. Strafprozeßordnung § 499: „Dem freigesprochenen oder außer Verfolgung gesetzten Angeklagten sind nur solche Kosten aufzuerlegen, welche er durch eine schuldbare Versäumnis verursacht hat.

Die dem Angeschuldigten erwachsenen notwendigen Auslagen können der Staatskasse auferlegt werden."

§ 501 Abs. 1: „Ist ein ..... Verfahren durch eine wider besseres Wissen gemachte oder auf grober Fahrlässigkeit beruhende Anzeige veranlaßt worden, so kann das Gericht dem Anzeigenden, nachdem derselbe gehört worden, die der Staatskasse und dem Beschuldigten erwachsenen Kosten auferlegen."



weil dieser bei der Schöffengerichtsverhandlung vom 1. August 1905 einen Meineid geleistet habe. Der Staatsanwalt gab der Anzeige keine Folge: Dem K. könne weder Meineid noch fahrlässiger Falscheid zum Vorwurf gemacht werden, weil Leute seines Bildungsgrades sehr häufig ihre Wahrnehmungen und die daraus gezogenen Schlüsse nicht auseinanderhalten könnten. Die von E. eingelegte Beschwerde wurde vom Oberstaatsanwalt abgewiesen. Das gleiche Schicksal hatten zahlreiche weitere Anzeigen, die E. in den folgenden Jahren bis 1914 an die Staatsanwaltschaft und Oberstaatsanwaltschaft richtete, um die strafrechtliche Verfolgung des K. wegen Meineids herbeizuführen. Bei diesen wiederholten Eingaben ließ es E. bei der bloßen Strafanzeige nicht bewenden, suchte vielmehr noch im Laufe des jeweiligen Verfahrens durch zahlreiche weitere Schriftstücke seine Behauptungen zu unterstützen; gegen jede obrigkeitliche Verfügung legte er alle zulässigen und unzulässigen Rechtsmittel ein. Seine frühere Angabe, K. habe die Unwahrheit angegeben, einen Meineid wolle er ihm aber nicht vorwerfen, verdichtet sich allmählich zu der immer aufs neue vorgebrachten Behauptung, K. habe wissentlich auf Eid gelogen; er, E., könne und dürfe sich nicht dabei beruhigen, zumal er durch die Handlungsweise des K. großen Schaden gehabt habe. Etwa vom Jahre 1909 ab beschränkt sich E. nicht mehr auf die Angriffe gegen K., macht vielmehr in öffentlichen Wirtschaften dem Landgericht P. den Vorwurf, daß es (in der Beleidigungssache) ein falsches Urteil gefällt habe, und dem Staatsanwalt, daß er gegen K. nicht vorgehe, obwohl er genügendes Beweismaterial in Händen habe. Um jene Zeit wurde zum ersten Mal Anlaß genommen, den E. amtsärztlich auf seinen Geisteszustand prüfen zu lassen. Das Gutachten des Landgerichtsarztes vom 2. Januar 1910 verneint mit Bestimmtheit die Zurechnungsfähigkeit des E. wegen Vorhandenseins von Größen- und Verfolgungswahnsinn, bezeichnet ihn als wahrscheinlich an Paranoia leidend, enthält sich aber hinsichtlich der Form seiner Geisteskrankheit einer bestimmten Stellungnahme. —

Im Mai 1911 schickte E. an K. einen eingeschriebenen Brief, in welchem er ihm neuerdings seine „Eideslüge“ vorwarf und sich „mit Gruß ohne Achtung“ unterzeichnete. Hiewegen und wegen der um die gleiche Zeit von E. im Wirtshaus gemachten Äußerungen, K. habe gelogen, ihm gehöre der Kopf abgehauen, erhob K. gegen E. neuerdings Beleidigungsklage. Der gutachtlich gehörte Landgerichtsarzt äußerte sich dahin, daß E. unzweifelhaft an Querulantenwahnsinn leide. Im gleichen Sinne sprach sich ein weiterer Sachverständiger aus, worauf E. selbstverständlich freigesprochen wurde.

Im Januar 1914 richtete E. unter dem Betreff „Notschrei um Erlangung eines gerechten Rechts für Wahrheit und Eigentum“ eine Eingabe an den Justizminister, worin er behauptet, durch wissentliches Verschulden von Gerichtsbeamten ungerecht verarmt zu sein; in verschiedenen Prozessen seien ihm die „Amtierenden“ aufsässig gewesen und hätten ihm sein Recht abgesprochen. Dem E. wurde bedeutet, daß ein Eingriff des



Justizministers in die Rechtsprechung ausgeschlossen sei; durch den Präsidenten des Landgerichts wurde ihm weiter mitgeteilt, daß zu einem Einschreiten im Wege der Dienstaufsicht kein Anlaß bestehe.

Der Vollständigkeit halber sei noch erwähnt, daß E. seine Angelegenheit auch einem Landtagsabgeordneten vorgetragen und sogar eine Eingabe an den Bischof von P. verfaßt hat, die er jedoch nicht absandte.

Aus den von E. geführten Zivilprozessen sei folgendes hervorgehoben:

Am 14. Februar 1910 wurde E. beim Besuch eines Marktes von einem scheu gewordenen Pferde überrannt und am linken Fußgelenk verletzt. Seine Entschädigungsklage wurde in zwei Instanzen abgewiesen, weil dem Beklagten Fahrlässigkeit nicht nachgewiesen werden konnte und ein anderer gesetzlicher Haftungsgrund nicht vorlag. Die von E. damals erhobenen Ansprüche hielten sich übrigens hinsichtlich ihrer Höhe in mäßigen, der Sachlage angemessenen Grenzen.

Im Jahre 1911 wurde E. auf Zahlung von 921 M. Kaufpreis für geliefertes Holz verklagt, zahlte dann aber die Hauptsache; die Kostenfrage wurde durch Vergleich erledigt.

Im gleichen Jahre klagte ein gewisser Johann W. gegen E. auf Zahlung von 45 M. rückständigen Kaufpreises für geliefertes Heu. E. wandte ein, es sei nur ein Kaufpreis von 3,50 M., nicht, wie der Kläger behauptete, von 4 M. für den Zentner vereinbart gewesen. Die Ehefrau des Klägers, Therese W., mit der E. damals verhandelt hatte, bestätigte die gegenteilige Behauptung ihres Mannes und hielt diese Angabe unter Eid aufrecht. Das Amtsgericht verurteilte den E. zur Zahlung des eingeklagten Betrages; die Angabe eines beeidigten Zeugen, daß sich der Kläger mit einem Preise von 3,50 M. für den Zentner einverstanden erklärt habe, wurde als durch die Aussage des Sohnes des Klägers und eines weiteren Zeugen widerlegt erachtet. Die Berufung des E. wurde vom Landgericht zurückgewiesen. E. erstattete im Jahre 1912 gegen Frau Therese W. Strafanzeige wegen Meineids, jedoch ohne Erfolg, obwohl in diesem Verfahren ein weiterer Zeuge bestätigte, daß der Kläger W. sich (nachträglich) mit dem Kaufpreis von 3,50 M. für den Zentner einverstanden erklärt habe. Die Einstellungsverfügung des Staatsanwalts ist damit begründet, daß hierdurch die Unwahrheit der von Therese W. gemachten Angabe nicht dargetan werde.

Im Sommer 1913 wurde E. auf Zahlung von 92 M. Kaufpreis für Holz verklagt, zahlte dann zwei Drittel des Betrages und wurde auf den Rest verurteilt, weil seine Behauptung, das Holz sei minderwertig gewesen, wegen der inzwischen verstrichenen Frist nicht mehr berücksichtigt werden könne. Gegen dieses Urteil hat E. Berufung nicht eingelegt.

Im Herbst des gleichen Jahres wurde E. von einem Gastwirt auf Zahlung von 70 M. verklagt, weil er widerrechtlich Sand auf dessen Grund und Boden gelagert habe. E. bestritt, daß eine so hohe Entschädigung



angemessen sei. Nach Vernehmung von Sachverständigen wurde E. zur Zahlung von 45 M. verurteilt. Auch gegen dieses Urteil hat er keine Berufung eingelegt. Auf Antrag des gleichen Klägers wurde E. verurteilt, sich jeder Einwirkung auf das dem Kläger gehörige Grundstück zu enthalten und den dort abgelagerten Sand zu entfernen; E. war zu dieser Verhandlung erschienen, stellte aber keinen Antrag, so daß Versäumnisurteil gegen ihn erlassen werden mußte.

Ende 1913 erhob E. gegen die Distriktsgemeinde V. Klage auf Zahlung von 220 M. Schadenersatz auf Grund eines Kieslieferungsvertrags. Die Sache wurde außergerichtlich verglichen, wobei dem E. der größte Teil seiner Forderung zugebilligt wurde. Weitere Zivilprozesse des E. sind nicht bekannt.

Anläßlich der wiederholten, von E. gegen die verschiedensten Behörden gerichteten schweren Beleidigungen hat im Februar 1914 der Staatsanwalt Antrag auf Entmündigung des E. wegen Geisteskrankheit gestellt. E. trat dem Antrag entgegen, da er vollkommen geistesgesund sei. Das Amtsgericht vernahm eine Reihe von Zeugen, deren Aussagen auseinandergingen; während einige ihn für geisteskrank hielten, erklärten andere, E. pflege zwar in Wirtschaften über Gerichte und Advokaten zu schimpfen, zeige aber sonst keine Spur einer geistigen Erkrankung; er sei auch ein guter und fleißiger Geschäftsmann. Der Landgerichtsarzt und der Bezirksarzt gaben ihr Gutachten dahin ab, daß E. unzweifelhaft an Querulantenwahnsinn leide und daher geisteskrank sei; eine Besserung seines Zustandes sei nicht zu erwarten, daher anzunehmen, daß E. nicht imstande sei, seine Angelegenheiten in gehöriger Weise zu besorgen. Ein weiterer Sachverständiger bezeichnet den E. als das typische Bild eines Querulanten. Durch Beschluß des Amtsgerichts vom 7. Februar 1914 wurde E. auf Grund dieser Gutachten wegen Geisteskrankheit entmündigt. Den gesetzlichen Bestimmungen entsprechend wurde daraufhin Vormundschaft über E. eingeleitet und ein Vormund für ihn bestellt.

E. versuchte nunmehr die Aufhebung der Entmündigung herbeizuführen. Auf seinen Antrag vernahm das Vormundschaftsgericht eine Reihe von Zeugen, die in der Tat bestätigten, an E. nichts Auffälliges wahrgenommen zu haben; er sei in seinen Geschäften und in seinem Privatleben stets wie ein gesunder Mensch aufgetreten; daß ihm im Falle K. Unrecht geschehen sei, werde auch von andern Personen angenommen; er habe seine Angelegenheiten stets klug und vernünftig erledigt und schimpfe auch nicht mehr wie Andere über Behörden und Gerichte (!). Insbesondere erklärte der Vormund, er könne sich von einer Geisteskrankheit des E. nicht überzeugen; er getraue sich zu behaupten, E. sei so gescheit wie er (!). Am 3. März 1915 stellte E. persönlich den Antrag, die Entmündigung wieder aufzuheben, weil er nicht geisteskrank sei; der Antrag wurde ohne Vernehmung der von E. benannten Zeugen abgewiesen.

Im Mai 1915 erhob der Vormund des E. gemäß § 679 der Zivilprozeßordnung Klage gegen den Staatsanwalt auf Wiederaufhebung der Ent-



mündigung. Auf Veranlassung des Gerichts gab der Leiter der Münchner Psychiatrischen Klinik, Professor Dr. *Rüdin*, ein ausführliches Gutachten ab, dessen wesentlicher Inhalt [1]) nachstehend wiedergegeben sei:

E. wurde von dem Sachverständigen in der Klinik vom 25. bis 30. April und vom 8. bis 12. Mai 1916 beobachtet. Er blieb darauf stehen, daß K. damals einen Meineid geschworen habe; er, E., könne sich nicht beruhigen, da K. ihm hierdurch einen großen, bisher noch nicht gutgemachten Schaden zugefügt habe und für seinen Meineid bestraft werden müsse. Daß er damals 23 M. Auslagen gehabt, K. dagegen nichts habe zahlen müssen, habe ihn außerordentlich erbittert und lasse ihn nicht ruhen. Wenn er seitdem dem K. wiederholt Meineid vorgeworfen habe, so sei er vollständig im Recht gewesen, denn was wahr sei, dürfe man doch sagen; er sei daher mit Unrecht wegen Beleidigung bestraft worden. K. habe damals keineswegs, wie der Staatsanwalt annahm, in gutem Glauben und aus Irrtum, sondern aus Bosheit gehandelt und genau gewußt, daß seine Anzeige falsch sei. Mit besonderer Erbitterung sprach E. von Rechtsanwalt L., dem damaligen Rechtsbeistand des K. Dieser habe es auch aufgebracht, daß man ihn nun für wahnsinnig erklären wolle. Den Gesamtschaden, den er durch das ihm widerfahrene Unrecht erlitten, beziffert er auf mindestens 15 000 M., dabei rechnet er im Falle K. etwa 2000 M. für Anwalts- und Strafkosten, 16 % Zins hieraus (!) für 7 Jahre, weitere 5 % Zins für Gewinnentgang auf 7 Jahre usw.

In den Sachen K., D. und W. sei ihm schreiendes Unrecht widerfahren; alle diese Prozesse müßten wieder aufgenommen werden. Den Einwand, daß es doch richtiger gewesen wäre, sich mit dem freisprechenden Urteil des Landgerichts P. zufrieden zu geben, ließ E. nicht gelten; auch wenn er gewußt hätte, daß ihm der ganze Schaden entstehen werde, hätte er nicht locker gelassen, weil Recht Recht bleibe, und er als Ehrenmann nicht habe dulden können, daß er unschuldig Kosten habe und K. für seinen Meineid straflos bleibe. Daß er im Falle D. keine Entschädigung erhalten habe, könne er nicht verstehen; man habe ungerechterweise keinen einzigen seiner Zeugen vernommen. Daß Therese W. einen Meineid geleistet habe, behaupte er nach wie vor. Seine Entmündigung sei nicht gerechtfertigt; kein Mensch halte ihn für wahnsinnig. Eine Reihe von Personen billige seinen Kampf ums Recht durchaus, insbesondere sei man in W. allgemein der Anschauung, daß er recht habe. Wer sein Recht nicht verfechte, sei kein Mann. Er hätte sich vor seinen Angehörigen und vor seinen Mitbürgern gar nicht mehr sehen lassen können, wenn er sein Recht nicht verfochten hätte. Auf Vorhalt, daß schon höchste Instanzen zu seinen Ungunsten entschieden hätten, wurde E. leidenschaftlich und rief: „Ich berufe mich auf den König, das Volk liebt den König; ein falsches Urteil ist eine Mißachtung gegen den König. Und das Reichsgericht will es auch nicht haben, daß ich mein Recht nicht kriege. Es gibt keine Gerechtigkeit.“

[1]) Auf Grund der mir von Herrn Prof. R. freundlichst erteilten Ermächtigung.



Auf die Frage, warum gerade er immer Unrecht bekommen solle, wenn er recht habe, erwiderte er: „Auf mich sind sie schon gehässig, weil sie geglaubt haben, daß ich wahnsinnig bin. Wenn ich vom Landgericht P. nicht für wahnsinnig ausgegeben worden wäre, hätten sie mich auch in München nicht abgewiesen.“ Die Gerichte hätten einseitig geurteilt und ein falsches Urteil gefällt, obwohl sie wußten, daß er recht habe; auch der Staatsanwalt habe bewußt seine Pflicht verletzt. Daß die Gerichte unter einer Decke stecken, um ihn zu unterdrücken, glaube er bestimmt.

Im übrigen war E. stets orientiert in jeder Beziehung, faßte gut auf, war aufmerksam, geordnet in seinem Benehmen; Gedächtnis und Merkfähigkeit waren ungestört. Die Urteilsbildung war gut, wo nicht seine Prozesse in Frage kamen; im Gedankenablauf war eine Ideenflucht nicht zu bemerken. Bei einem Gespräch nach einem Ausgang, bei dem er Bier getrunken hatte, war er merklich erregter, gesprächiger und heftiger. In körperlicher Hinsicht fand sich nichts Besonderes.

Auf Grund dieses Befundes kommt der Sachverständige zu folgendem Gutachten:

Die bei E. seit Jahren bestehende Idee rechtlicher Beeinträchtigung und gehässiger Unterdrückung habe ihren Ausgang von dem Fall K. genommen. Der Krankhaftigkeit dieser Geistesverfassung tue es keinen Abbruch, wenn E. wirklich bis zu einem gewissen Grade in seinem Recht verkürzt worden sein sollte oder doch zu der Auffassung gekommen sei, daß ihm Unrecht geschehen sei.

Charakteristisch für die Krankhaftigkeit seiner Geistesverfassung sei die allmähliche Ausbreitung der Beeinträchtigungsideen auf immer weitere Personen, seine gänzliche Unbelehrbarkeit, vor allem aber die unerschütterliche Wahnhaftigkeit seines Vorstellungskreises, daß überhaupt gewissenlos ist, wer ihm unrecht gibt, daß der Staatsanwalt seine Pflicht bewußt versäumt, daß die Rechtsanwälte, die seiner Sache nicht zum Sieg verhelfen, „Linksanwälte“ sind, daß die Gerichte schlechte Urteile fällen und einander helfen, ihn zu unterdrücken, daß ein Protokoll vernichtet worden sei, um die höheren Gerichte irrezuführen, daß W. und K. nur durch Mithilfe der Amtierenden ihn um sein Geld bringen und kränken.

E. sei infolge seiner geistigen Anomalie unfähig, die Gesamtheit seiner Angelegenheiten vernünftig zu besorgen. Auf der andern Seite sei aber zu erwägen, daß E. orientiert und geordnet in seinem Benehmen ist, und daß seine geistigen Fähigkeiten, wo nicht sein Wahnsystem in Frage kommt, nicht gestört sind. Er sei auch als fleißiger, strebsamer Mann bekannt, der im Leben den besten Erfolg gehabt hätte, wenn er nicht durch seine geistige Erkrankung verhindert worden wäre, seine im übrigen guten Fähigkeiten voll auszunutzen. Er sei daher sehr wohl noch imstande, einfache Angelegenheiten mit der seinem Bildungsgrade angemessenen Umsicht zu besorgen; seine Fähigkeiten seien nicht so gering, daß er einem noch nicht 7 Jahre alten Kinde gleichzustellen sei; er sei also nicht als geisteskrank im Sinne des § 6 Abs. 1 Nr. 1 BGB. zu bezeichnen. Wohl aber liege bei ihm Geistesschwä[illegible] vor, also ein Zustand, der ihn hinsicht-



lich seiner Geschäftsfähigkeit einem Minderjährigen im Alter von 7 bis 21 Jahren gleichstelle. Ein gewisses Recht der Initiative sei ihm nicht abzusprechen, nur bedürfe die Rechtswirksamkeit seiner Geschäfte der Ergänzung und Entscheidung durch Vormund und Vormundschaftsgericht. Die Entmündigung des E. wegen Geistesschwäche sei unbedingt nötig, da er an Querulantenwahnsinn leide. Sie reiche aber, richtig gehandhabt. zu seinem Schutze vollständig aus.

Das Landgericht vernahm noch den E. persönlich in Anwesenheit des Landgerichtsarztes und erließ am 14. September 1916 Urteil, daß die gegen E. ausgesprochene Entmündigung wegen Geisteskrankheit dahin eingeschränkt werde, daß sie nur noch wegen Geistesschwäche aufrechtzuerhalten sei [1]). Die Gründe des Urteils schließen sich vollkommen den Darlegungen des *Rüdin*schen Gutachtens an. Der Vormund des E. legte gegen dieses Urteil Berufung ein [2]). Der dem E. beigeordnete

---

[1]) Daß trotz Antrag auf Entmündigung wegen Geisteskrankheit die Entmündigung wegen Geistesschwäche ausgesprochen werden kann, wird nahezu allgemein anerkannt; s. *Staudinger*, Komm. z. BGB. 7./8. Aufl. Bem. D, 2 zu § 6; *Planck*, Komm. z. BGB. IV. Aufl. Bem. 6 zu § 6; *Enneccerus*, Lehrb. des bürgerlichen Rechts 1. Bd. 1. Abt., 6. Bearbeitung § 86 Note 3; *Stein*, Komm. z. ZPO. 10. Aufl. Bem. II, 1 zu § 645, Urteil des Reichsger. vom 23. Okt. 1902 *Gruchots* Beiträge Bd. 47 S. 897 ff., Urteil d. OLG. Köln vom 17. März 1901 Rechtspr. d. OLG., Bd. 4, S. 5 ff. Dagegen kann, wenn Antrag auf Entmündigung wegen Geistesschwäche gestellt ist, nicht auf Entmündigung wegen Geisteskrankheit erkannt werden, s. *Staudinger*, *Enneccerus* und *Stein* a. a. O.; anderer Ansicht, wie es scheint, Urt. des Reichsger. vom 20. Nov. 1900 Jur. Wschr. 1900 S. 868.

[2]) Als Beleg dafür, wie weit in derartigen Fällen die Anschauungen von Juristen und Psychiatern auseinandergehen können, sei die Aktennotiz erwähnt, mit welcher der Vormundschaftsrichter die Einlegung der Berufung zu rechtfertigen sucht. E. möge ein Querulant sein (heißt es hier), immerhin sei er von dieser Krankheit noch nicht so sehr ergriffen, daß er nicht einsähe, daß er auch einmal unrecht haben oder wenigstens Anlaß zum vergleichsweisen Nachgeben haben könne. Man könne sogar sagen, daß E. ausschließlich im Bereich der drei Sachen K., V. und W. von seinen verkehrten Meinungen und Ansichten nicht abzubringen sei, „eine Schwäche, die er mit Hunderten und Aberhunderten von Leuten seines Bildungsgrades aus der hiesigen Gegend teilt“. Insbesondere sei es nicht zulässig, aus seinem Mißtrauen gegen die Anwälte und seinen Verdächtigungen der Behörden ohne weiteres Schlüsse gegen ihn zu ziehen. „Das tun hier in der Waldgegend gar viele, und zwar auch gewecktere und gebildetere Leute wie E. ist.“ Infolge der Weltfremdheit eines großen Teiles der Bevölkerung spuke in den Köpfen noch immer das Märchen von der Bestechlichkeit der Beamten durch Trinkgelder und ihrem Bestreben, sich gegenseitig selbst gegen Pflicht und Gewissen aus der Klemme zu helfen. (!)



Pflichtanwalt versäumte aber die gesetzliche Berufungsfrist, so daß das Rechtsmittel durch Urteil des Oberlandesgerichts München vom 29. Dezember 1916 als unzulässig, weil verspätet, zurückgewiesen werden mußte [1]).

Es sei gestattet, an die vorstehende aktenmäßige Darstellung des Falls E. einige Bemerkungen allgemeiner Art zu knüpfen.

Darüber, daß das Querulieren an sich kein Zeichen von Geisteskrankheit ist, daß es also auch geistesgesunde Querulanten gibt, herrscht bei Ärzten und wohl auch bei Juristen allgemeines Einverständnis [2]). Auch darüber besteht innerhalb der psychiatrischen Wissenschaft kaum eine Meinungsverschiedenheit, daß der echte Querulantenwahnsinn seinen Ausgang von einem bestimmten äußeren Anlaß nimmt, der natürlich nicht die Ursache der Krankheit ist, aber den Anstoß zu ihrer Entwicklung bildet, den schon vorhandenen Krankheitskeim zur Reife, „den Stein ins Rollen bringt" [3]). Regelmäßig handelt es sich hierbei um einen Rechtsvorgang, bei welchem der Kranke Unrecht bekommt, sei es, daß er auf zivilrechtlichem Gebiete mit einer Klage abgewiesen oder entsprechend dem Antrag seines Gegners verurteilt oder wegen einer strafbaren Handlung zur Rechenschaft gezogen wird [4]).

---

[1]) Man kann sich unschwer vorstellen, wie diese bedauerliche Tatsache auf den Geisteszustand des E. einwirken mag. In sachlicher Hinsicht bedeutet die Fristversäumnis keinen wesentlichen Nachteil, da die Berufung aller Wahrscheinlichkeit nach nicht zu einer Abänderung des landgerichtlichen Urteils geführt hätte und der Vormund des E. jederzeit eine neue Klage auf Aufhebung der Entmündigung stellen kann.

[2]) Vgl. aus der psychiatrischen Literatur z. B. *E. Hitzig*, Über den Querulantenwahnsinn, Leipzig 1895, S. 9; *A. Hoche*, Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie, Berlin 1901, S. 594; *A. Cramer*, Gerichtliche Psychiatrie, 4. Aufl., Jena 1908, S. 304; *K. Birnbaum*, Der psychopathische Verbrecher, Berlin 1914, S. 266; *E. Kraepelin*, a. a. O. Bd. 2 S. 620.

[3]) *Hoche* a. a. O. S. 596.

[4]) Vgl. *Cramer* a. a. O. S. 305; *Hoche* a, a. O. S. 596; *Birnbaum* a. a. O. S. 268; *Kraepelin* a. a. O. S. 612 ff. Gerade hierdurch unterscheidet sich der echte Querulant vom Pseudoquerulanten, der bei den verschiedensten Gelegenheiten Zank und Streit vom Zaune bricht (*Kraepelin* S. 620, 836 ff.); beim Pseudoquerulanten fehlt „das subjektive Band, welches all die einzelnen Ereignisse zu einer zusammenhängenden Kette aneinanderschließt" (*Kraepelin* S. 839). Die Polemik *Birnbaums* gegen *Kraepelins* Auffassung des Pseudoquerulanten scheint mir nicht überzeugend. Über Pseudoquerulanten s. auch *Cramer* a. a. O. S. 311. Nicht zu verwechseln mit dem Querulanten und dem Pseudoquerulanten ist der

Bei aller Achtung vor der Tüchtigkeit und Gewissenhaftigkeit unserer Richter kann ruhig zugegeben werden, daß in manchen dieser Fälle dem Unterliegenden wirklich vom objektiven Rechtsstandpunkt aus Unrecht geschehen ist; das kann insbesondere, ohne daß hiewegen ein Vorwurf gegen den Richter zu erheben wäre, infolge eines formellen Versäumnisses des Unterliegenden oder seines Vertreters oder infolge unwahrer Angaben von Zeugen der Fall sein. Viel häufiger freilich wird von objektivem Unrecht nicht gesprochen werden können. Immer aber empfindet der Kranke den ihm zugegangenen Nachteil als ein ihm widerfahrenes Unrecht.

Daß man drohendes Unrecht abzuwehren, erlittenes Unrecht wieder gutzumachen sucht, ist ein in der menschlichen Natur begründetes Streben[1]). Die Art und Weise, in welcher sich dieser Widerstand äußert, ist nach Wesensart und Temperament unendlich verschieden. Der Umstand allein, daß jemand auf vermeintlich erlittenes Unrecht außergewöhnlich stark reagiert, daß er den Kampf ums Recht lebhafter, energischer, hartnäckiger führt als die Mehrzahl seiner Volksgenossen, bildet für das Vorhandensein von Querulantenwahnsinn noch keinerlei Anhaltspunkt[2]). Erst die Art, wie dieser Kampf geführt wird, kann als Zeichen der drohenden oder schon eingetretenen Krankheit erachtet werden. Erschwert ist diese Erkenntnis natürlich, wenn der objektive Beurteiler Anlaß hat, den dem Kranken widerfahrenen Rechtsnachteil gleich diesem als ein ihm zugefügtes Unrecht anzusehen; denn naturgemäß führt diese Anschauung dazu, auch die in Wahrheit krankhaften Äußerungen des Kampfes als begreiflich und

---

lediglich geistig minderwertige Prozeßkrämer, der aus Mangel an Verständnis für Recht und Rechtsgang in einsichtloser Rechthaberei sein vermeintliches Recht mit den untauglichsten Mitteln verficht und mit seinen geringen Geisteskräften eine Belehrung über die wirkliche Rechtslage nicht zu fassen vermag (*Frese*, Der Querulant und seine Entmündigung, Ztlbl. für freiw. Gerichtsbarkeit Bd. 11 S. 71).

[1]) In seiner berühmten Abhandlung „Der Kampf ums Recht" (6. Aufl. S. 19) bezeichnet *R. v. Jhering* den Widerstand gegen das Unrecht geradezu als Pflicht gegen sich selbst und gegen das Gemeinwesen.

[2]) „Die Gewalt, mit der das Rechtsgefühl gegen eine ihm widerfahrene Verletzung tatsächlich reagiert, ist der Prüfstein seiner Gesundheit" (*R. v. Jhering* a. a. O. S. 41). Daß ein empfindliches Rechtgefühl noch nicht krankhaft ist, betonen auch *Hoche* a. a. O. S. 599, *Kraepelin* a. a. O. S. 613, 621.



natürlich hinzustellen. Hierdurch vor allem erklärt sich die tiefgehende Meinungsverschiedenheit, die in zahlreichen Fällen echten Querulantenwahnsinns zwischen den Anschauungen der begutachtenden Ärzte und denen der Laien, auch wohl der urteilenden Juristen, zutage tritt.

Gerade hiefür bildet auch der Fall E. ein lehrreiches Beispiel. Den Ausgangpunkt des von ihm geführten Kampfes ums Recht bildet unzweifelhaft die Strafanzeige des K. Daß K. vor dem Schöffengericht objektiv die Unwahrheit gesagt hat, ist gerichtlich festgestellt. Ob K. gutgläubig oder wider besseres Wissen jene Strafanzeige erstattete, kann selbstverständlich niemals mit Sicherheit festgestellt werden. Daher war der Staatsanwalt in vollem Recht, als er der Strafanzeige des E. gegen K. keine Folge gab. Aber anderseits ist es, zumal K. von einem Zeugen als unverträglicher, böswilliger Nachbar geschildert wird, sehr wohl begreiflich, daß E. der Ansicht war, K. habe absichtlich, um ihm zu schaden, beim Schöffengericht auf Eid die Unwahrheit gesagt. War aber E. dieser Anschauung, so konnte er sich auch für berechtigt halten, dem K. hierüber Vorhalt zu machen. Ob seine beleidigenden Äußerungen nicht den Schutz des § 193 StGB. zu beanspruchen hatten, ist auch vom streng juristischen Standpunkt aus nicht unzweifelhaft. Der dem E. trotz seiner Freisprechung erwachsene vermögensrechtliche Nachteil konnte immerhin von ihm als ein ihm widerfahrenes Unrecht aufgefaßt werden, wenn, wie er behauptet, der Gendarm ihm mitgeteilt hatte, im Falle der Freisprechung würden ihm auch die für seine Entlastungszeugen aufgewendeten Beträge ersetzt; mag sich der Gendarm auch nicht genau so ausgedrückt haben, so liegt doch die Möglichkeit nahe, daß E. dessen Äußerung in diesem Sinne verstanden hat.

Das Fazit dieser Gruppe von Ereignissen ist also folgendes: E., der unzweifelhaft unschuldig unter Anklage gestellt war, ist zwar freigesprochen, hat aber durch das Gerichtsverfahren einen Schaden erlitten, dessen Ersatz er vergeblich begehrt; K., dessen eidliche Angaben festgestelltermaßen unrichtig waren, hat keine Strafe zu gewärtigen und erleidet auch keinerlei vermögensrechtlichen Nachteil. E., der ihm die Unwahrheit seiner Aussagen in einer dem Gesetz vielleicht nicht völlig entsprechenden Weise vorgehalten hat, ist wegen Beleidigung zu einer nicht unerheblichen Geldstrafe verurteilt worden und hat die beträchtlichen Kosten dieses Verfahrens zu tragen. Nach einigen Jahren wird E. von einem scheu gewordenen Pferde verletzt; daß der Beklagte aus juristischen Gründen nicht zur Verantwortung gezogen werden kann, vermag E. bei seinem geringen Bildungsgrade nicht einzusehen. Im Falle W. endlich unterliegt E. auf Grund der beeidigten Aussage der Ehefrau seines Gegners, obwohl mehrere Zeugen Angaben gemacht haben, die mit denen der Frau W. schwer, wenn überhaupt, in Einklang zu bringen sind. Die Vermutung, daß Frau W. zugunsten ihres Ehemanns die Unwahrheit gesagt hat, liegt gewiß nicht allzu fern. Daß E. sich in den Fällen K., V. und W. benachteiligt fühlt und die Überzeugung nicht los werden kann, daß ihm

Unrecht geschehen, erscheint recht wohl begreiflich, und dieser Umstand ist es sicherlich, der verschiedene Zeugen wie auch den Vormundschaftsrichter an seiner geistigen Krankheit zweifeln läßt. Trotzdem ist mit aller Sicherheit anzunehmen, daß E. zurzeit und wohl schon seit mehreren Jahren an echtem Querulantenwahnsinn erkrankt ist. Das ergibt sich mit aller Bestimmtheit aus der Art, wie er seit Jahren gegen das ihm vermeintlich widerfahrene Unrecht ankämpft. Während der Gesunde einsehen würde, daß K. möglicherweise gutgläubig die Anzeige erstattet hat, oder wenigstens, daß ihm eine strafrechtliche Verletzung seiner Eidespflicht nicht nachgewiesen werden kann, scheitern solche Erwägungen an der völligen Unbelehrbarkeit des E.; während der Gesunde auch beim Richter Pflichtbewußtsein und Gewissenhaftigkeit als selbstverständlich voraussetzt, vergrößert bei dem geisteskranken E. jeder Beamte, der mit ihm zu tun hat, die Zahl seiner Gegner und Feinde; während der Gesunde, mag er noch so lebhaft auf Unrecht reagieren, bei endgültiger Erfolglosigkeit seiner Bemühungen einsieht, daß die Fortführung des Kampfes fruchtlos ist und ihn und die Seinigen der Gefahr völligen Ruins aussetzt, ist E. für derartige Betrachtungen unzugänglich; er würde, auch wenn er dieses Ende vorausgesehen hätte, doch nicht anders gehandelt haben.

Daraus ergibt sich für den psychiatrischen Gutachter, daß, um den Richter vom Vorhandensein des Querulantenwahnsinns zu überzeugen, weder die Tatsache des Querulierens ausreicht, noch der Nachweis, daß dem Querulierenden keinerlei Unrecht widerfahren ist; beweiskräftig kann vielmehr nur die Darlegung wirken, daß die Kampfesweise des Querulierenden einen sicheren Schluß auf das Vorliegen einer geistigen Erkrankung gestattet [1]).

Zum Schluß noch einige Worte über die Bedeutung der Entmündigung von Querulanten.

Nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 BGB. kann entmündigt werden, wer infolge von Geisteskrankheit oder Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag. Voraussetzung der Entmündigung ist also das Vorliegen von Geisteskrankheit oder Geistesschwäche, außerdem aber die Unfähigkeit des Kranken zur Besorgung seiner Angelegenheiten.

Über das Verhältnis der Geisteskrankheit zur Geistesschwäche hat infolge der ungenauen Ausdrucksweise des Gesetzes und der Unklarheit der gesetzgeberischen Vorarbeiten lange Zeit Meinungsverschiedenheit geherrscht. Nunmehr aber kann als herrschende Ansicht in Schrifttum und Rechtsprechung gelten, daß der Unterschied nicht auf einer Verschiedenheit der Krankheitsform beruht, sondern nur ein solcher dem Grade nach ist; Geisteskrankheit ist die schwerere, Geistesschwäche die leichtere Form der Erkrankung; gleichgültig ist für die Anwendbarkeit des § 6 nicht nur Grund und Art, sondern auch die psychiatrische Be-

[1]) Vgl. *Pfister* a. a. O. S. 614 Note 2; *Kraepelin* a. a. O. S. 620.



zeichnung der Krankheit; für die Frage, ob Entmündigung wegen Geistesschwäche oder Geisteskrankheit einzutreten hat, ist lediglich entscheidend, ob die geistige Gesamtleistung des Kranken derjenigen eines Kindes unter 7 Jahren oder darüber hinaus derjenigen eines Minderjährigen von 7 bis 21 Jahren gleichzustellen ist [1]). Man muß also aus der Stärke der Wirkung auf die Stärke der Ursache schließen und nach diesem Maßstab bestimmen, ob das Denken, Wollen und Handeln des Kranken durch die Störung seiner Geisteskräfte derart regelwidrig beeinflußt wird, daß er entweder wie ein Kind gänzlich geschäftsunfähig oder nach Art eines Minderjährigen, der das 7. Lebensjahr vollendet hat, nur in beschränkter Weise geschäftsfähig erscheint; im ersten Falle entspricht es der Absicht des Gesetzes, Entmündigung wegen Geisteskrankheit, im zweiten, sie wegen Geistesschwäche eintreten zu lassen [2]). Daß dieses Verfahren unlogisch ist, indem aus den an den Entmündigungszustand geknüpften Rechtsfolgen (BGB. §§ 104 Nr. 3, 114, 106—113) erst die psychiatrischen Voraussetzungen und die Art der Entmündigung entnommen werden müssen, hebt z. B. *F. Endemann* [3]) ausdrücklich hervor [4]). Darum darf, wie *Endemann* [5]) mit Recht erwähnt, das Gutachten des Psychiaters sich nicht mit der Feststellung der Gehirnerkrankung nach wissenschaftlich-psychiatrischen Grundsätzen begnügen, es muß vielmehr die Wirkung der Erkrankung abmessen nach den verschiedenen im BGB. aufgestellten Graden des Einflusses auf die Geschäftsfähigkeit [6]).

Aber weder Geisteskrankheit noch Geistesschwäche berechtigt den Richter, die Entmündigung auszusprechen, wenn nicht als Folge der Erkrankung die Unfähigkeit zur Besorgung der eigenen Angelegenheiten feststellbar ist. Diese Unfähigkeit liegt, wie das Reichsgericht und ihm folgend die herrschende Lehre annimmt, nur dann vor, wenn der Kranke zur Besorgung seiner gesamten Ange-

---

[1]) Vgl. *Staudinger* a. a. O. Bem. B, I, 4, a zu § 6; *Planck* a. a. O. Bem. 2, b zu § 6; *Komm. von Reichsgerichtsräten*, 2. Aufl., Bem. 2 zu § 6; *Enneccerus* a. a. O. § 86, I, 1.

[2]) So das grundlegende Urteil des Reichsgerichts vom 13. Februar 1902, Entscheidungen in Zivilsachen Bd. 50 S. 207.

[3]) Lehrbuch des bürgerlichen Rechts, 9. Aufl., Bd. 1 § 31 Note 9.

[4]) S. auch *Endemann* a. a. O. § 33 Note 6: „Psychiatrisch steht fest, daß die Geistesschwäche eine Art, und zwar gerade eine der schwereren Arten, der Gehirnerkrankungen ist. In diesem Sinne darf das BGB. nicht ausgelegt werden; es hilft vielmehr nichts, als daß der Ausdruck Geistesschwäche als laienhafte Umschreibung hingenommen und inhaltlich nach der mit der Entmündigung verbundenen schwächeren juristischen Wirkung abgeschätzt wird."

[5]) a. a. O. § 31 Note 9.

[6]) Wie dies das *Rüdin*sche Gutachten in vorbildlicher Weise tut.

legenheiten außerstande ist, nicht dagegen, wenn er nur einzelne oder einen Kreis seiner Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag. Ist der Geisteskranke, wie dies namentlich bei Querulantenwahnsinn der Fall ist, von bestimmten Krankheitsvorstellungen beherrscht, so ist entscheidend, ob diese ihn derartig ausfüllen, daß sie auf sein Handeln überall Einfluß haben, und daß seine gesamten Lebensverhältnisse mehr oder weniger in Mitleidenschaft gezogen werden [1]. Andrerseits freilich wird die Zulässigkeit der Entmündigung nicht dadurch ausgeschlossen, daß der Kranke die Fähigkeit behalten hat, auf einzelnen Lebensgebieten, insbesondere in seinen Berufs- und seinen Familienangelegenheiten, ein vernünftiges Verhalten zu betätigen, oder daß er zur Besorgung gewisser Angelegenheiten, sei es wegen ihrer Einfachheit, sei es wegen der erlangten Übung oder aus andern Gründen, befähigt geblieben ist [2].

Legt man diese Rechtsauffassung zugrunde, so wird in der Mehrzahl der Fälle die Entmündigung wegen Geistesschwäche als die für den geisteskranken Querulanten geeignetste Form rechtlichen Schutzes erscheinen [3]. Mit Recht weist Prof. *R.* in seinem Gutachten insbesondere darauf hin, daß bei dieser Form der Entmündigung durch die §§ 110, 112, 113 BGB. dem Kranken ein gewisses Maß von Bewegungsfreiheit gelassen werden kann, während anderseits die Mitwirkung des Vormunds und Vormundschaftsgerichts eine Schädigung des Kranken ausschließt oder wenigstens erheblich erschwert.

Zugegeben ist, daß unter Umständen auch beim Vorliegen von Querulantenwahnsinn kein Anlaß zur Entmündigung besteht, so z. B. bei ganz einfach gelagerten Erwerbs- und Vermögensverhältnissen; doch werden solche Fälle seltene Ausnahmen bilden.

[1] Urteil des Reichsgerichts vom 30. Juni 1910 *Warneyer* Ergänzungsband 1910 Nr. 310.

[2] Urteil des Reichsgerichts vom 28. Okt. 1907 und 4. Juli 1910, *Warneyer* Ergänzungsbd. 1908 Nr. 1, 1910 Nr. 309. Nicht völlig zutreffend erklärt ein Urteil des OLG. Hamburg vom 1. April 1901 (Rechtspr. der Oberlandesgerichte Bd. 2 S. 447), wegen Querulantenwahnsinns dürfe die Entmündigung nur ausgesprochen werden, wenn dieser Wahn die Person „in allen ihren Lebensbetätigungen" erfaßt hat.

[3] Ebenso *Cramer* a. a. O. S. 307; anderer Ansicht, wie es scheint, *Frese* a. a. O.



Über Tuberkulose in Irrenanstalten.[1])

Von

Dr. H. Löw, Anstaltsarzt.

Eine bekannte und auffällige Tatsache ist die Häufigkeit der Tuberkulose bei den Geisteskranken in den Irrenanstalten. Über die Ursache herrscht keineswegs Klarheit. Überfüllung oder mangelhafte hygienische Einrichtungen, zumal alter Anstalten, werden mit in erster Linie angeführt, Umstände, die bei der neuen, anerkannt musterhaft angelegten Anstalt Bedburg-Hau nicht in Betracht kommen. Trotzdem ist hier die Tuberkulosehäufigkeit durchaus nicht geringer wie in alten Anstalten. Schon diese auffallende Tatsache rechtfertigt ein näheres Eingehen auf die Frage der Tuberkulose in der Anstalt. Vorteilhaft war, daß bei einer so großen Anstalt schon in einem verhältnismäßig kurzen Zeitraum genügend Fälle zur Verfügung standen, die in kleineren Anstalten erst im Verlauf einer Reihe von Jahren gewonnen werden können. Dadurch sind die äußeren Bedingungen für das in Frage kommende Material ziemlich die gleichen.[2]) Außerdem war ein großer Vorzug, daß man eine ganze Anzahl der Kranken und deren Verhalten noch selbst gekannt hatte.

Im ganzen stützt sich die Arbeit auf ein Material von 536 Fällen. Von allen war der genaue Befund durch die Leichenöffnung, die in einheitlicher Form durch den Prosektor der Anstalt, Oberarzt Dr. *Witte*, vorgenommen war, festgestellt.

---

[1]) Aus der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bedburg-Hau, Direktor Sanitätsrat Dr. *Flügge*.

[2]) Die durch den Krieg verursachten veränderten Lebensbedingungen kommen für die Zeit, die die Arbeit berücksichtigt, noch nicht in Frage.

Zunächst soll näher auf die Dementia praecox eingegangen werden. Von dieser Krankheitsgruppe starben in der Berichtszeit 166 Kranke, 82 Männer und 84 Frauen. An Tuberkulose waren von diesen gestorben 84. Bei weiteren 15 Kranken, die an andern Krankheiten gestorben waren, fanden sich gleichfalls tuberkulöse Veränderungen. 67 waren frei von Tuberkulose, d. h. an Tuberkulose starben 50,6 v. H.

Es fanden sich noch tuberkulöse Organbefunde in 9,03 v. H.

Demnach lag Tuberkulose überhaupt in 59,63 v. H. vor.

Zunächst muß noch gesagt werden, daß unter Dementia praecox eine im Entwicklungsalter einsetzende geistige Erkrankung verstanden wurde, die langsamer oder rascher unter den verschiedensten Zustandsbildern fortschreitend, zu einem mehr oder weniger hohen Grade geistiger Schwäche führte. Unter der Untergruppe der Dementia paranoides wurden solche Fälle verstanden, die sich durch Wahnbildung unsinniger, zum Teil abenteuerlicher Art, meist verfolgenden Inhalts, auszeichneten und ebenfalls zu geistiger Schwäche führten. Zwischen Hebephrenie und Katatonie konnte, da es sich meist um schon längere Zeit bestehende Geisteskrankheit handelte, in der großen Mehrzahl der Fälle nicht unterschieden werden. Sie wurden in den folgenden Zusammenstellungen der Einfachheit halber als „Dementia praecox" bezeichnet. Die folgenden Tafeln zeigen die Beteiligung der an Tuberkulose gestorbenen Dementia praecox-Kranken und der Paranoiden auch hinsichtlich des Geschlechtes.

Geschlecht	Dem. praecox	Dem. paranoides	Insgesamt
Männer	32	13	45
Frauen	36	3	39
Insgesamt	68	16	84

In gleicher Weise zeigt die folgende Tafel den Anteil dieser Kranken, die noch tuberkulöse Befunde boten.

Geschlecht	Dem. praecox	Dem. paranoides	Insgesamt
Männer	5	1	6
Frauen	7	2	9
Insgesamt	12	3	15

Die nächste Tafel zeigt die tuberkulosefreien Kranken der Dementia praecox- und paranoides-Gruppe.



Altersstufen	Tuberkulose ♂ Dem. praec.	Tuberkulose ♂ Dem. paranoid.	Tuberkulose ♀ Dem. praec.	Tuberkulose ♀ Dem. paranoid.	Sa.	Tuberkulöse Organe ♂ Dem. praec.	Tuberkulöse Organe ♂ Dem. paranoid.	Tuberkulöse Organe ♀ Dem. praec.	Tuberkulöse Organe ♀ Dem. paranoid.	Sa.	Ohne Tuberkulose ♂ Dem. praec.	Ohne Tuberkulose ♂ Dem. parancid.	Ohne Tuberkulose ♀ Dem. praec.	Ohne Tuberkulose ♀ Dem. paranoid.	Sa.	Tuberkulose überhaupt	Gesamt
Bis 20	.	.	2	.	2	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	2	3
21—25	1	1	2	.	4	.	.	2	.	2	1	.	1	.	2	6	8
26—30	5	.	6	.	11	.	.	2	.	2	2	.	1	.	3	13	16
31—35	9	2	5	.	16	2	.	1	1	4	3	2	1	1	7	20	27
36—40	2	1	8	1	12	.	.	.	.	.	.	.	3	.	3	12	15
41—45	6	3	5	1	15	.	.	.	.	.	5	1	2	2	10	15	25
46—50	2	1	4	.	7	.	.	1	1	2	2	.	2	2	6	9	15
51—55	3	1	2	.	6	1	.	.	.	1	1	1	3	2	7	7	14
56—60	2	1	1	1	5	.	1	.	.	1	1	1	.	.	2	6	8
61—65	.	3	1	.	4	1 u. 1*	.	.	.	2	1	.	5	2	8	6	14
66—70	1	.	.	.	1	.	.	1	.	1	3	3	1	1	8	2	10
71—75	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	1	1	2	5	1	6
76—80	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2	.	3	.	3
über 80	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	2	.	2
Insgesamt	32	13	36	3		5	1	7	2		20	11	24	12		99	166
	45		39		84	6		9		15	31		36		67		

* Anmerkung: schwere, tötliche Tuberkulose.

Geschlecht	Dem. Praecox	Dem. Paranoides	Insgesamt
Männer	20	11	31
Frauen	24	12	36
Insgesamt	44	23	67

Die Paranoiden waren mit 34,33 %, also weniger an der Tuberkulose beteiligt wie die übrigen Dementia praecox-Kranken mit 65,7 %.

Die Verteilung auf die einzelnen Altersstufen ergibt die Tafel auf S. 445.

Von Wichtigkeit ist die Frage, ob die Kranken die Tuberkulose während oder bereits vor ihrem Anstaltsaufenthalt erworben haben. Nach *Geist*, *Ganter*, *Oßwald* [1]) gab die Entscheidung darüber die Dauer des Anstaltsaufenthaltes. Sie nahmen die Dauer der Tuberkulose zu 3 Jahren an, ließen die Fälle mit 4 und 5 Jahren Anstaltsaufenthalt als strittig außer Betracht und kamen so zu dem Ergebnis, daß die Hälfte der Kranken (*Geist*, *Ganter*) oder doch ein Drittel derselben (*Oßwald*) die Tuberkulose in die Anstalt bereits mitgebracht hätten. Wenn man sich dem zunächst anschließt, so wären bei uns ungefähr ein Viertel der an Tuberkulose Gestorbenen schon bei ihrem Eintritt in die Anstalt tuberkulös gewesen. Eine andere Frage ist es, ob man auf diese Weise zu einem der Wahrheit nahekommenden Ergebnisse kommt. Das Gegebenste wäre natürlich, die einzelnen Krankengeschichten hier bezüglich der Dauer der Tuberkulose zu Rate zu ziehen. Leider lassen diese einen aber in dieser Beziehung meist im Stiche. Ist es nämlich bei geistig Gesunden nicht immer leicht, den Beginn einer Tuberkulose zeitlich festzulegen, so um so mehr bei einem Geisteskranken, zumal einem der Dementia praecox-Gruppe, da bekanntlich die Kranken bei einer regelrechten Lungenuntersuchung sehr oft große Schwierigkeiten bereiten. Findet man dennoch den auf Tuberkulose bezüglichen Eintrag in der Krankengeschichte, so ist die Tuberkulose gewöhnlich schon so weit vorgeschritten, daß sie von da ab als sehr rasch verlaufend imponiert. Daraus würde folgen, daß Kranke selbst mit einem verhältnismäßig langen Anstaltsaufenthalt trotzdem schon vor Eintritt in die Anstalt sich hätten angesteckt haben können. Dies dürfte zumal für die gar nicht so selten von Drüsen ausgehende Tuberkulose gelten. Es wäre also ganz gut möglich, daß wir mit einem weit längeren Verlaufe der Tuberkulose zu rechnen haben, wie die Krankengeschichten glauben machen. Die Ansteckung selbst kann dann noch weit länger zurückliegen. Sie muß nicht notwendig mit dem klinischen Auftreten der Tuberkulose übereinstimmen, sondern kann jahrelang vor demselben

[1]) bei *Ganter*!

stattgefunden haben. — Andrerseits können Kranke mit kurzer Dauer des Anstaltsaufenthaltes sich doch sehr wohl während des Anstaltsaufenthaltes angesteckt haben, zumal wenn sie aus irgendeinem Grunde körperlich weniger widerstandsfähig werden. Kurzum, es ist sehr schwer, nachträglich in dieser Beziehung einigermaßen klar zu sehen.

Weiterhin wurde bei der Durchsicht der Krankengeschichten darauf geachtet, ob sich irgendwelche Anhaltspunkte von vornherein finden ließen, die als begünstigend für das spätere Auftreten der Tuberkulose in Frage kamen, und zwar vor allem auf tuberkulöse erbliche Belastung, frühere schwächende Krankheiten, schlechten Ernährungs- und Kräftezustand usw. Es fand sich nur sehr wenig; erbliche Belastung nur in 8, Trunksucht in 7 Fällen. [1]) Von schwächenden früheren Krankheiten fand sich ebenfalls nicht viel vor: Skrophulose 2mal, Rhachitis 2mal. Typhus und Lues je 1mal, Diabetes 1mal. Gleich bei der Aufnahme wurde festgestellt: „dürftig genährt", „immer schwächlich", „spät laufen gelernt", „zum Skelett abgemagert", „außerordentlich dürftig genährt", „immer schwächlich", „als Kind spät laufen gelernt", „Verbildung des Brustkorbes", „grazil, 44 kg Gewicht", „dürftig genährt", „mäßig genährt", „klein und schwächlich", „schlecht genährt". Also recht wenig!

Damit ist aber die Rolle der Tuberkulose bei unseren Dementia praecox-Fällen noch nicht erschöpft. Bei weiteren 15 Leichenöffnungen von Kranken, die aus anderer Ursache gestorben waren, fanden sich mehr oder weniger starke, tuberkulöse Veränderungen. Es handelte sich um 6 Männer und 9 Frauen. (S. die Zusammenstellung S. 445.) Aber nur in 3 Fällen war der tuberkulöse Prozeß derart, daß er, auch falls keine andere Krankheit dazugekommen wäre, wohl binnen kurzem zum Tode geführt hätte. Bei den übrigen 12 Fällen waren die tuberkulösen Veränderungen nur leichte, d. h. sie hätten zweifellos örtlich beschränkt oder auch ausheilen können. Über die 3 schwer Tuberkulösen ist, unter Berücksichtigung der bei den an Tuberkulose Gestorbenen erwähnten Umstände, folgendes zu sagen:

Fall 1. Trunksucht; grazil, mäßig genährt, mutazistisch, Tiks, muß zum Essen angehalten werden.

Fall 2. Bot nichts Besonderes.

---

[1]) Bezüglich dieser Umstände ist man ja meist auf den vorgeschriebenen Fragebogen angewiesen. Es ist aber sehr wahrscheinlich, daß dieser hier oft genug versagt. Der denselben ausstellende Arzt ist ja meist von den Angaben der Angehörigen abhängig, die, zumal es sich in unseren Fällen meist um ungebildete Bevölkerungsschichten handelt, wohl selten geneigt oder geeignet sind, diesbezügliche genauere Angaben zu machen. Vielleicht wird auch von den Ausstellern der „Fragebogen", da es sich ja um Geisteskranke handelt, weniger auf solche Umstände, wie Tuberkulose in der Familie, geachtet.

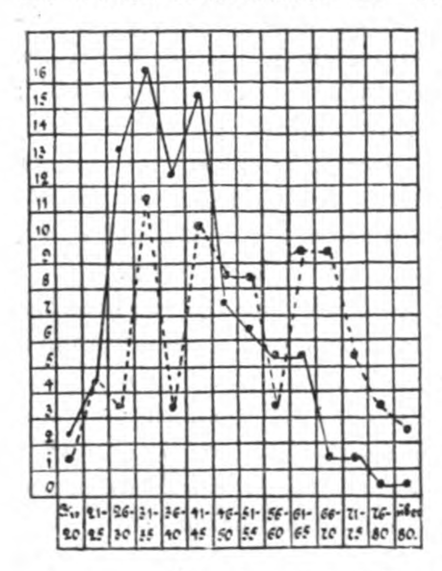


Fall 3. Mutazistisch, kataleptisch, unreinlich, steckt allerhand in den Mund.

Fall 1 und 2 fallen bezüglich der Dauer des Anstaltsaufenthaltes unter die Rubrik 3 bis 5 Jahre, Fall 3 über 5 Jahre. Zwei litten an schwerer Lungentuberkulose, einer an Lungen- und Darmtuberkulose.

In der folgenden Kurve sollen nun zunächst einmal die an Tuberkulose Gestorbenen und die schwer tuberkulösen Dementia praecox-Kranken dem Rest — Tuberkulosefreie und leicht Tuberkulöse! — gegenübergestellt werden.

Die meisten Todesfälle bei den schwer Tuberkulösen fallen also in die frühen Altersstufen 26—45 Jahre.



schwer Tuberkulöse

Tuberkulosefreie und Leic ttubrrkulöse

Über die 12 Dementia praecox-Kranken mit leichter Tuberkulose ist zu sagen:

Fall 1. Nichts Besonderes.

Fall 2. Mutter tuberkulös; selbst schlank, grazil. Verhalten: gehemmt, oft unrein.

Fall 3. Nahrungsverweigerung öfter, sodaß Sondenernährung nötig war.

Fall 4. Als Kind Drüsen; mager, sehr dürftig genährt.

Fall 5. Katatones Verhalten, Stereotypien, oft unrein.

Fall 6. Nahrungsverweigerung. Stumpf-teilnahmlos zu Bett, bizarr, Stereotypien.

Fall 7. Schlecht genährt; gehemmt, teilnahmlos zu Bett, bizarre Haltung jahrelang.

Fall 8. Mutter an Lungentuberkulose gestorben; selbst Lues und Trunksucht; schmächtig, schlecht genährt.

Fall 9. Nichts Besonderes.

Fall 10. Schwächlich, gesperrtes Verhalten, schmutzig, steckt Schmutz in den Mund, die Ohren usw.

Fall 11. Vernachlässigt sich völlig, immer naß und unrein.

Fall 12. Nichts Besonderes.

Was die Dauer des Anstaltsaufenthaltes angeht, so waren Fall 1—4 unter 3 Jahren in Anstaltspflege. Sie hätten also nach den oben erwähnten Autoren ihre Tuberkulose bereits vor Eintritt in die Anstalt erworben; Fall 5 und 6 hatten einen Anstaltsaufenthalt von 3 bis 5 Jahren, bei ihnen wäre also fraglich gewesen, ob sie vor oder während des Anstaltaufenthaltes tuberkulös geworden wären; Fall 7—12, die über 5 Jahre in Anstaltspflege waren, hätten die Tuberkulose in der Anstalt erworben.

Es bleiben noch kurz die Dementia praecox-Kranken zu besprechen, die frei von jeder Tuberkulose waren. Wie schon erwähnt, waren es 67, und zwar 31 Männer und 36 Frauen. Es war wichtig, auch hier den Anstaltsaufenthalt zu bestimmen, da man einwenden könnte, sie seien deshalb frei von Tuberkulose geblieben, weil sie nicht lange genug in Anstaltspflege gewesen seien, wenn man annähme, daß die Verhältnisse in der Anstalt die Tuberkulose begünstigten. Es ergab sich nun: Unter 3 Jahren waren in Anstaltspflege 13 Kranke, zwischen 3—5 Jahren 12 Kranke, über 5 Jahre 42 Kranke, d. h. 62,68 %, also genug Kranke waren hinreichend lange in Anstaltspflege, um diesen Einwand zu entkräften. Weiterhin fand sich tuberkulöse Belastung 3mal, Trunksucht ebenso oft, Typhus vor Aufnahme in die Anstalt 1mal. Einer wurde bei der Aufnahme in die Anstalt als „schwächlich und kränklich" bezeichnet. Unreinlichkeit, stuporöses Verhalten, Nahrungsverweigerung und ähnliche Umstände, die gewöhnlich als nicht zu unterschätzende Hilfsursachen für das Entstehen der Tuberkulose bei den Dementia praecox-Kranken betont werden, fanden sich unter diesen 67 tuberkulosefreien Fällen bei 42 Kranken, d. h. bei 62,68 %.

Es bleibt zum Schlusse noch übrig, die Todesursache für diese Kranken anzugeben. Die 15 Fälle, die noch tuberkulöse Organbefunde hatten, werden in der folgenden Zusammenstellung mit berücksichtigt. Es starben an:

1. Herzkrankheiten .... 12 Kranke,
2. Lungenkrankheiten .... 15 Kranke,
3. Darmkrankheiten .... 6 Kranke,
4. bösartigen Geschwülsten .... 6 Kranke,
5. Infektionskrankheiten (pyämischen u. ä.) ..... 18 Kranke,
6. Marasmus .... 12 Kranke,
7. Verschiedenem .... 13 Kranke.

Fassen wir das alles nochmals zusammen, so ist zu sagen: Von unseren Dementia praecox-Kranken starben an Tuberkulose 50,6%; außerdem fanden sich noch tuberkulöse Organveränderungen bei 9,03% Tuberkulose überhaupt, also bei 59,63%, und zwar lag bei 52,4% aller Dementia praecox-Kranken insgesamt schwere Tuberkulose vor. Die Tuberkulose war also äußerst häufig; die Hälfte der Dementia praecox-Kranken erlag ihr ohne weiteres. — *Ganter* fand in Saargemünd 45% tötliche Tuberkulose bei Dementia praecox, *M. Schröder* in Lauenburg sogar 67% tötliche Tuberkulose bei insgesamt 200 schizophrenen Frauen.

Was das Geschlecht angeht, so hatten 52,88% der Männer und 47,12% der Frauen schwere tötliche Tuberkulose. Am häufigsten waren Lungen, Därme und Drüsen von der Tuberkulose ergriffen.



Lungen	Rippenfell	Bauchfell	Därme	Leber	Nieren	Milz	Larynx	Epiglottis	Trachea	Knochen	Geschlechtsorg.	Meningen	Herzbeutel	Drüsen	
|	|	·	|	|	·	|	·	·	·	·	·	·	·	|	1 mal
|	|	·	|	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	2 „
|	·	·	|	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	10 „
|	|	·	|	·	·	·	|	·	·	·	·	·	·	·	1 „
|	|	|	|	|	·	·	|	·	·	·	·	·	·	|	1 „
|	|	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	2 „
|	|	·	|	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	|	8 „
|	·	|	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	2 „
|	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	9 „
·	·	|	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	1 „
|	·	·	·	·	·	·	·	·	·	|	·	·	·	·	1 „
|	·	·	|	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	|	13 „
|	|	·	|	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	2 „
|	·	|	·	·	·	·	·	·	·	·	|	·	·	·	1 „
|	|	|	·	·	·	·	|	·	·	·	·	·	·	|	1 „
|	|	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	|	3 „
|	|	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	1 „
|	|	|	|	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	|	2 „
|	|	|	|	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	1 „
|	·	·	|	·	·	·	|	·	·	·	·	·	·	|	3 „
|	·	|	|	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	1 „
|	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	|	2 „
·	·	·	|	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	|	1 „
·	·	|	·	·	·	·	·	·	·	·	|	·	·	|	1 „
|	·	|	|	·	|	|	·	·	·	·	|	·	·	|	1 „
|	·	·	|	·	·	·	·	|	·	·	·	·	·	|	1 „
|	·	|	|	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	|	3 „
|	·	|	·	·	·	·	·	·	·	·	|	·	·	|	1 „
|	|	·	|	·	·	·	·	·	·	|	·	·	·	·	1 „
|	|	·	|	·	·	·	·	|	|	·	|	·	·	|	1 „
|	|	·	|	·	|	|	·	·	·	·	|	·	·	|	1 „
|	·	·	|	·	·	·	·	·	·	·	·	·	|	|	1 „
|	|	·	|	·	·	·	|	·	·	·	·	·	·	|	2 „
|	|	|	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	1 „
|	|	·	|	·	·	·	·	·	·	·	·	|	·	·	1 „
|	|	·	·	·	·	·	·	·	·	|	·	|	·	·	1 „
|	|	|	|	·	·	·	|	·	·	·	·	·	·	|	1 „
|	|	·	|	·	·	·	|	·	|	·	·	·	·	|	1 „
83	35	18	60	2	2	3	10	2	2	3	6	2	1	49	87 mal

Die nebenstehende Zusammenstellung zeigt den Anteil sämtlicher tuberkulöser Organe bei den schwer Tuberkulösen.

Was die Dauer des Anstaltsaufenthaltes angeht, so waren 59,59% aller tuberkulösen Dementia praecox-Kranken über 5 Jahre in Anstaltspflege gewesen, aber auch 62,68% der Tuberkulosefreien.

Von Umständen, die als die Tuberkulose begünstigend in Frage kommen, fand sich nur sehr wenig in den Krankengeschichten angegeben. Bis zum 45. Lebensjahre überwiegen die schwer Tuberkulösen ganz erheblich an Zahl gegen die leicht Tuberkulösen und die Tuberkulosefreien, vom 46. Lebensjahre ab war das Umgekehrte der Fall. (Siehe Kurve S. 448!)

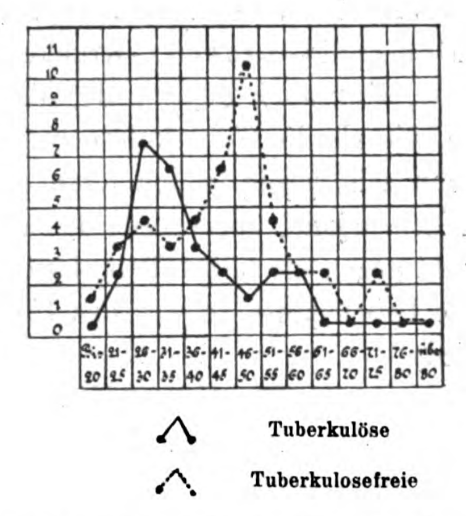
Wenden wir uns zu einer zweiten Krankheitsgruppe, zur Epilepsie mit Seelenstörung. Es handelt sich um 66 Fälle, 59 Männer und 7 Frauen. 18 waren davon an Tuberkulose gestorben, und zwar nur Männer. 7 weitere, ebenfalls nur Männer, hatten noch tuberkulöse Organbefunde, 41 Kranke waren tuberkulosefrei, und zwar 34 Männer und 7 Frauen, d. h.

an Tuberkulose starben 27,27%
tuberkulöse Organbefunde hatten noch .... 10,6 %
Tuberkulose überhaupt also .... 37,87%.

In der folgenden Tafel sind unsere Fälle übersichtlich nach Alter und Geschlecht zusammengestellt:

Altersstufen	Tub. †			Tub. Organe			Ohne Tubkl.			Tuberkulose Gesamt Sa.
	♂	♀	Sa.	♂	♀	Sa.	♂	♀	Sa.	
Bis 20	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.
21—25	2	.	2	.	.	.	3	.	3	2
26—30	4	.	4	3	.	3	2	2	4	7
31—35	3	.	3	3	.	3	3	.	3	6
36—40	3	.	3	.	.	.	4	.	4	3
41—45	2	.	2	.	.	.	4	2	6	2
46—50	.	.	.	1	.	1	10	.	10	1
51—55	2	.	2	.	.	.	4	.	4	2
56—60	2	.	2	.	.	.	1	1	2	2
61—65	.	.	.	.	.	.	1	1	2	.
66—70	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
71—75	.	.	.	.	.	.	2	.	2	.
76—80	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
über 80	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Insgesamt	18		18	7		7	34	7	41	25

Zur besseren Veranschaulichung der Verhältnisse sind in nachfolgender Kurve sämtliche Tuberkulosefälle den tuberkulosefreien Fällen gegenübergestellt



Vorweg muß genommen werden, daß es sich in allen Fällen um schwerste tötliche Tuberkulose handelte, so daß die Kurve ohne weiteres mit der der Dementia praecox auf S. 448 verglichen werden kann. — Im Gegensatz zur Dementia praecox überwiegt die Tuberkulose nur in den frühen Altersstufen 26—35, während das Maximum der Sterblichkeit der Tuberkulosefreien in der Altersstufe 46—50 liegt.

Für die Erkennung der Tuberkulose gilt im wesentlichen das auch für die Dementia praecox Gesagte. Der erste Anfang der Tuberkulose war auch hier schwer festzustellen, so daß über die Dauer derselben wenig Sicheres gesagt werden kann. Was die Dauer des Anstaltsaufenthaltes angeht, so waren von den 25 Tuberkulösen 3 unter 3 Jahren in Anstaltspflege, 6 3—5 Jahre, 16 über 5 Jahre. Nach *Ganter* und andern hätten demnach 64 % die Tuberkulose in der Anstalt erworben, doch siehe hierüber das bei der Dementia praecox Gesagte.

Es war von Wichtigkeit, auch bei den Epileptischen nachzusehen, ob sich Umstände fanden, die mit dem Entstehen der Tuberkulose in Zusammenhang gebracht werden konnten. Hierüber ist folgendes zu sagen: Tuberkulöse erbliche Belastung war in keinem Falle angegeben. Für diesen Punkt dürfte aber ebenfalls das hierüber bei der Dementia praecox Gesagte gelten. Wenn man annimmt, daß Schwere und Häufigkeit der Anfälle sowie deren Folgen der Tuberkulose Vorschub leisten, so muß gesagt werden, daß dieser Umstand für unsere tuberkulösen Epileptiker zutraf. Alle litten an schweren, zahlreichen, zum Teil gehäuften Anfällen, oft jahrelang.

Da, zumal bei der Dementia praecox, die Häufigkeit der Tuberkulose in Zusammenhang gebracht wird mit dem Verhalten der Kranken, ihrer Unreinlichkeit, dem Dahindösen im Bett, dem schlechten Atmen

usw., so wurde bei der Durchsicht der Krankengeschichten auch bei den Epileptischen auf diese Umstände besonders geachtet. Denn schließlich müssen diese auch für die Epileptiker gelten, die jahrelang bei schweren, regelmäßigen Anfällen oft tagelang mehr oder weniger benommen und dösig daliegen, unrein mit Entleerungen sind usf. Es fanden sich solche Umstände bei 8 der Tuberkulösen in ausgesprochener Form, aber auch bei 27 der 41 nicht tuberkulösen Epileptiker.

Was weiterhin diese angeht, so waren 8 unter 5 Jahren in Anstaltspflege, 11 zwischen 3—5 Jahren, 22 über 5 Jahre; 53,65 % waren also lange genug in Anstaltspflege, um dort eine Tuberkulose erwerben zu können. Im übrigen handelte es sich auch hier fast ausschließlich um schwerste Epilepsien. Ein Kranker war erblich mit Tuberkulose belastet, ein anderer hatte eine tuberkulöse Tochter.

Die folgende Tafel gibt Aufschluß über die befallenen tuberkulösen Organe und deren Zusammentreffen in den einzelnen Fällen.

Lungen	Rippenfell	Bauchfell	Därme	Leber	Niere	Drüsen	Knochen	weiche Hirnhaut	Anzahl
|	|	|	·	|	|	|	·	·	1 mal
|	|	·	·	·	·	·	·	·	3 „
|	·	·	|	·	·	|	·	·	5 „
|	|	|	|	·	·	·	·	·	1 „
|	|	|	·	·	·	·	·	·	1 „
|	·	·	·	·	·	·	·	·	1 „
·	|	·	·	·	·	·	·	·	1 „
|	|	·	|	·	·	·	·	·	2 „
|	·	·	|	·	·	|	·	|	1 „
|	|	·	·	·	·	|	·	·	2 „
|	·	·	·	·	·	|	·	·	1 „
|	|	|	|	·	·	·	·	·	1 „
|	·	·	|	·	·	·	·	·	3 „
·	·	·	·	·	·	·	|	·	2 „
22	12	4	15	1	1	10	2	1	25 mal

Die Todesursache der nicht der Tuberkulose direkt Erlegenen und der tuberkulosefreien epileptischen Kranken sind aus folgender Zusammenstellung zu ersehen.

1. Hirnlähmung nach Anfällen 25
2. Marasmus 6
3. Lungenkrankheiten 7
4. Herzkrankheiten 5
5. Darmkrankheiten (Colitis diphtherica) 3
6. Verschiedenes 2



Zusammenfassung: Die Tuberkulose ist bei unseren Epileptikern mit 37,87% sehr häufig. Sie trat jedesmal in schwerster Form auf.

Hahn findet bei einem allerdings weit größeren Material nur 8,6% Tuberkulosesterblichkeit; allerdings gibt er noch leichte tuberkulöse Veränderungen in 34,3% an, aber nur solche, die er als geheilt bezeichnet. Er sagt: „Der Prozentsatz der Todesfälle an Tuberkulose war hier nicht wesentlich höher als in der Gesamtbevölkerung Sachsens überhaupt, pflegte sie im Lande alljährlich doch mit etwa 8% unter den Todesursachen vertreten zu sein. Von den hier Verstorbenen hatte keiner länger als 3 Jahre in der Anstalt verweilt. ..... Jedenfalls handelte es sich in allen diesen Fällen stets um schwerste Formen der Tuberkulose, um Formen, die allgemeine Emaziation zur Folge hatte.“ Er meint weiterhin, daß so günstige Zahlenverhältnisse bei den allerdings in der Literatur spärlichen Angaben im übrigen nirgends gefunden werden. *Köhler* in Hubertusburg fand 16,7%, *Habermaas* in Stetten 10%, *Ganter* in Saargemünd aber 21,8%. Nach *Féré* (zitiert nach *Hahn*!) sollen Epileptiker oft von Phthise befallen werden. „Er hält es für möglich, daß die Epilepsie durch die zirkulatorischen, respiratorischen und nutritiven Störungen, vielleicht im Bunde mit der bestehenden kongenitalen Inferiorität, eine Disposition zur Phthise schafft, und daß die den nervösen Entladungen folgenden Alterationen des Blutes die Empfänglichkeit des Organismus für Krankheiten steigere.“

Bei unseren Fällen war, wie bei der Dementia praecox, am häufigsten Lungen- und Darmtuberkulose vertreten. Tuberkulöse erbliche Belastung war in keinem Falle angegeben. Umstände, von denen man annehmen könnte, daß sie die Tuberkulose begünstigten, wie Unreinlichkeit, schlechtes Atmen, schwere Benommenheitszustände usf., fanden sich bei den tuberkulösen Epileptikern eher seltener wie bei den nicht tuberkulösen. Das Todesalter war im Durchschnitt nicht wesentlich geringer wie das der nicht tuberkulösen Epileptiker.

Über das Vorkommen der Tuberkulose bei der Paralyse ist folgendes zu sagen. Von insgesamt 115 Paralytischen — 85 Männern und 30 Frauen — waren 13 tuberkulös; 8 erlagen der Tuberkulose unmittelbar, 4 Männer und 4 Frauen; 5 weitere Kranke, 4 Männer und 1 Frau, hatten noch tuberkulöse Organbefunde, d. h.

an Tuberkulose starben 6,956%
tuberkulöse Befunde hatten noch 4,348%
Demnach Tuberkulose überhaupt 11,304%
tuberkulosefrei waren 88,69%



Die Verteilung auf die einzelnen Altersstufen nach Geschlechtern zeigt folgende Tafel.

Altersstufen	Tuberkulose †.			Tub. Organe			Tuberkulosefreie			Tuberkulose Gesamt
	♂	♀	Sa.	♂	♀	Sa.	♂	♀	Sa.	Sa.
Bis 20	·	·	·	·	·	·	·	1	1	·
21—25	·	·	·	·	1	1	1	·	1	1
26—30	·	·	·	·	·	·	2	·	2	·
31—35	·	·	·	1	·	1	6	1	7	1
36—40	1	2	3	·	·	·	19	4	23	3
41—45	2	2	4	2	·	2	16	5	21	6
46—50	1	·	1	·	·	·	12	5	17	1
51—55	·	·	·	1	·	1	12	3	15	1
56—60	·	·	·	·	·	·	5	6	11	·
61—65	·	·	·	·	·	·	3	·	3	·
66—70	·	·	·	·	·	·	1	·	1	·
	4	4		4	1		77	25		
			8			5			102	13

Die Durchsicht der einzelnen Krankengeschichten der an Tuberkulose Gestorbenen ergab tuberkulöse erbliche Belastung nur in einem Falle (beide Eltern und 5 Geschwister!). Andere Hilfsursachen für das Entstehen der Tuberkulose waren nicht zu finden. Von 5 Kranken war eigens bemerkt, daß sie kräfitg, muskulös, gut genährt waren; auch in ihrem psychischen Verhalten war keine Abweichung von dem der andern Paralytischen festzustellen.

Was die Dauer der Tuberkulose angeht, so war dieselbe in 1 Falle 1 Jahr vor dem Tode sicher, in 2 weiteren Fällen 2—3 Monate, bei den andern hatte die Tuberkulose sich nicht besonders bemerkbar gemacht. 2 der an Tuberkulose Gestorbenen, die nur 4 bzw. 9 Monate in der Anstalt gewesen waren, hatten dieselbe wohl schon außerhalb der Anstalt erworben. Über 5 Jahre war kein Tuberkulöser in der Anstalt gewesen.

Was die Art der Tuberkulose angeht, so hatten 6 Lungen-, Darm-, Drüsentuberkulose, einer Lungentuberkulose und tuberkulöse Rippenfellentzündung mit Erguß, Rippenkaries mit Senkungsabszeß, außerdem Darmtuberkulose, 1 Miliartuberkulose der Lungen und Milz bei Blasen-, Hoden-, Nebenhodentuberkulose.

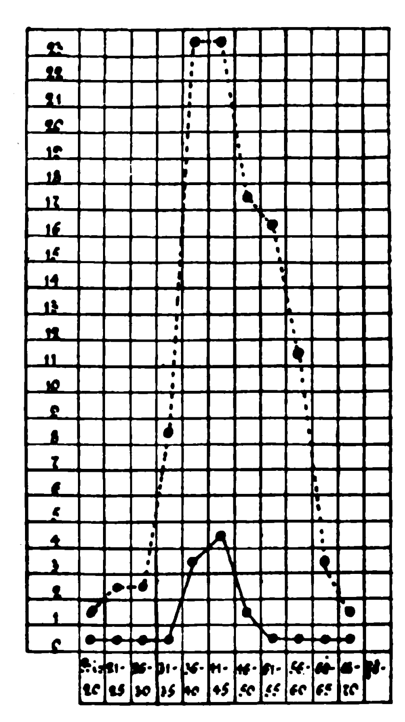
Über die 5 Paralytischen, die bei der Sektion noch tuberkulöse Organbefunde zeigten, ist zu sagen: Tuberkulöse erbliche Belastung war in keinem Falle angegeben. 1 Kranker wurde bei der Aufnahme als „schlank und grazil" bezeichnet. Eine jugendliche Paralytische war seit 2½ Jahren völlig hilflos, brachte kein Wort mehr heraus, litt an schwerem

Druckbrande des Rückens, der Ellbogen, der Fingergelenke und der Fersen. Bei 1 Kranken war 9 Monate vor dem Tode eine Quecksilber-Tuberkulinkur gemacht worden. Die 5 Kranken starben bis auf einen Fall, der an Lungengangrän zugrunde ging, an Marasmus. Die Tuberkulose war in keinem Falle so stark, daß sie als Todesursache in Frage käme. Die Befunde waren im einzelnen: leichte Lungentuberkulose 2mal, Drüsentuberkulose 1mal, leichte Darmtuberkulose 1mal, alte tuberkulöse Spitzennarben 1mal.

102 Paralytische, 77 Männer und 25 Frauen, waren frei von jeder Tuberkulose. 94 starben an paralytischem Marasmus oder Anfällen. Von den übrigen starben 2 an Lungengangrän, 1 an eitriger Rippenfellentzündung mit Erguß, 1 an Blutung bei Magengeschwür, 2 an Typhus abdominalis, eine an Colitis diphtherica, 1 an Sepsis.

Was die Dauer des Anstaltsaufenthaltes angeht, so waren im ganzen nur 7, und zwar nur Tuberkulosefreie über 5 Jahre, in der Anstaltspflege.

Eine Kurve, welche die schwer Tuberkulösen den leicht Tuberkulösen bzw. den Tuberkulosefreien gegenüberstellt, ergibt folgendes Bild.



schwere Tuberkulose
leicht Tuberkulöse u. Tuberkulosefreie

Zusammenfassung: Bei einem Material von 115 Paralytischen betrug die Tuberkulosesterblichkeit 6,9%, leichte tuberkulöse Veränderungen als Nebenbefund fanden sich in 4,34%. — Lungen- und Darmtuberkulose herrschten vor. Erbliche tuberkulöse Belastung fand sich nur 1mal. Besondere Umstände, die mit dem Entstehen der Tuberkulose in Zusammenhang gebracht werden könnten, fanden sich bei den an Tuberkulose Gestorbenen nicht.

Ganter fand bei 299 Fällen eine Tuberkulosesterblichkeit von 7,3 %, d. h. ungefähr das Gleiche wie bei uns, auf Ausheilung hindeutende Befunde in 4 %, wieder wie bei uns. *Käs* fand derartiges unter 830 Sektionen 126mal = 15,2 %. *Ganter* meint betreffend die Tuberkulose: „Am günstigsten kommt die Paralyse weg. *Brehm* berechnet 6,3 %, *Heilbronner* allerdings 18,3 %. Wir können aber der Ansicht *Heilbronners*, daß die Paralyse zur Tuberkulose disponiere, nicht beistimmen." Dieser Ansicht *Ganters* können wir uns nur anschließen. *H. Banse* und *H. Roderburg*



geben bei 197 Paralysen 8,24 % Tuberkulosesterblichkeit an. Von diesen Autoren wird die Ansicht ausgesprochen, daß die Paralyse der Tuberkulose Vorschub leiste, da unter normalen Umständen die Aussicht der Paralytiker, im Alter von 30—40 Jahren an Tuberkulose zu sterben, auf *Cornets* Berechnungen bezogen, etwa 1,3—2,2 % betragen müßte. *Junius* und *Arndt* geben 6,54 % an. *Witte* (nicht veröffentlicht!) fand in Grafenberg bei 312 Paralysen 23 Tuberkulosetodesfälle, d. h. 7,37 %. Kurzum, alle diese Autoren fanden, ausgenommen *Heilbronner*, kaum verschiedene Resultate. Dagegen findet *Lucacs* bei seinen Fällen in 58 % tuberkulöse Veränderungen. Allerdings nimmt auch er jeden Fall adhäsiver Pleuritis als tuberkulös an. *Pilcz* fand bei 896 Paralytikern eine Tuberkulosesterblichkeit von 10,38 %, während sie bei andern Geisteskranken der gleichen Altersstufen 25,9 % betrug; ausgeheilte Tuberkulose bei Paralyse in 7,39 % gegen 1,79 % bei andern Geisteskranken. Kurzum, die Tuberkulose scheint bei der Paralyse seltener zu sein wie bei andern Geisteskrankheiten.

In dem Zeitraum, der für diese Arbeit berücksichtigt wurde, starben 25 Kranke der manisch-depressiven Gruppe. Bei der Krankheitsbezeichnung: „Manisch-depressives Irresein" wurde besonders vorsichtig verfahren, damit nicht Fälle unterliefen, die unter andere Krankheitsgruppen, zumal die Dementia praecox, gebracht werden mußten. Dies dürfte schon in der geringen Anzahl der „Manisch-depressiven" zum Ausdruck kommen.

Von den 25 Kranken, 12 Männern und 13 Frauen, starben an Tuberkulose 8, und zwar 5 Männer und 3 Frauen, also 32%. *Schröder* fand in Lauenburg nur 10%.

Die folgende Tafel gibt die Verteilung der Kranken nach Geschlechtern auf die einzelnen Altersstufen.

Altersstufen	Tuberkulose			Ohne Tuberkulose			Gesamt Sa.
	♂	♀	Sa.	♂	♀	Sa.	
36—40	.	.	.	1	2	3	3
41—45	.	.	.	1	1	2	2
46—50	1	1	2	.	3	3	5
51—55	.	.	.	1	1	2	2
56—60	.	1	1	1	2	3	4
61—65	2	.	2	1	.	1	3
66—70	2	.	2	2	.	2	4
71—75	.	.	.	.	.	.	.
76—80	.	1	1	.	1	1	2
	5	3	8	7	10	17	25

Von den 8 Tuberkulösen waren 3 nur ganz kurze Zeit in Anstaltspflege: 1, 3, 4 Monate, bei einem weiteren war die Tuberkulose bereits bei Aufnahme in die Anstalt wahrscheinlich, so daß 4 der Kranken die Tuberkulose wohl sicher außerhalb der Anstalt erworben hatten. Was die geistige Erkrankung angeht, so litten 5 Kranke an Melancholie, 2 an Manie, bei einem wechselten manische und depressive Zustände. Über erbliche tuberkulöse Belastung fand sich nichts. Irgendwelche besondere Umstände, die durch die geistige Krankheit bedingt, mit dem Ausbruch der Tuberkulose in Verbindung hätten gebracht werden können, fanden sich nur bei einem Melancholischen mit Selbstmordneigung, der Nahrung verweigerte, so daß Sonderernährung nötig war. Was die von der Tuberkulose ergriffenen Organe angeht, so lag einmal Knochentuberkulose vor, und zwar Wirbelkaries mit Senkungsabszeß und Tuberkulose der Beckenknochen, 1mal Lungen-Drüsentuberkulose, 1mal Tuberkulose der Lungen, Därme und von Drüsen, 1mal Tuberkulose der Lungen, des Bauchfells und von Drüsen, 1mal Tuberkulose der Lungen, Därme, des Bauchfells, der Gebärmutter und Eileiter, 3mal Lungentuberkulose allein.

Irgendwelche tuberkulöse Veränderungen bei den aus anderer Ursache gestorbenen übrigen 17 Kranken der manisch-depressiven Gruppe lagen nicht vor. Was deren Anstaltsaufenthalt angeht, so waren 8 unter 3 Jahren, 2 waren 3—5 Jahre, 7 über 5 Jahre in Anstaltspflege gewesen. Bei diesen tuberkulosefreien Kranken war einmal erbliche tuberkulöse Belastung angegeben: beide Eltern waren an Tuberkulose gestorben. 6 waren nach ihrem psychischen Verhalten so, daß dieses eine Tuberkulose hätte begünstigen können. Die Todesursachen der nicht tuberkulösen Manisch-depressiven waren:

1. Herztod	4
2. Lungenkrankheiten	6
3. Sepsis	2
4. Retropharyngealabszeß	1
5. Marasmus	1
6. Typhus abdominalis	1
7. Karzinom	2
	17

Zusammenfassung: Der Prozentsatz der Tuberkulose bei den Manisch-depressiven war sehr hoch: 32%; indessen rechtfertigt das geringe Material keine weitgehenden Schlüsse. Die Hälfte der Kranken hatte die Tuberkulose wohl schon vor der Aufnahme in Anstaltspflege erworben. Die Tuberkulose verlief jedesmal so schwer, daß sie Todesursache war. Dies kommt auch in der großen Zahl der befallenen Organe zum Ausdruck, bei denen



wieder Lungen und Därme im Vordergrund standen. Nur einmal waren durch das Verhalten des Kranken die Tuberkulose begünstigenden Momente vorhanden; bei den nicht Tuberkulösen fanden sich indessen auch solche in 6 von 17 Fällen.

Wenden wir uns nun zu einer andern Krankheitsgruppe, zur Dementia senilis. Von ihr starben in der Berichtszeit 120 Kranke, 62 Männer und 58 Frauen. Unter ihnen waren 12 Tuberkulöse. Bei 10 Kranken lag schwere Tuberkulose vor, bei 2 leichte.

Den Anteil der Geschlechter zeigt folgende Zusammenstellung:

Geschlecht	schwere Tuberkul.	leichte Tuberkul.	Tuberkulosefrei	Gesamt Sa.
Männer............	7	1	54	62
Frauen	3	1	54	58
Insgesamt..........	10	2	108	120

Der Prozentsatz an Tuberkulose überhaupt ist also 10, an schwerer, tötlicher Tuberkulose 8,3. Von den schwer Tuberkulösen hatten einen Anstaltsaufenthalt unter 3 Jahren 5, 3—5 Jahre 4, über 5 Jahre 1. Besondere Erscheinungen hatte die Tuberkulose im allgemeinen nicht gemacht, sie war durch das allgemeine Bild der Gebrechlichkeit verschleiert worden. Was die Art der Tuberkulose angeht, so lag 8mal Lungentuberkulose allein vor, 2mal Miliartuberkulose der Lungen und zwar 1mal mit Beteiligung der Milz und des Bauchfells, 1mal mit Beteiligung von Drüsen, 1mal bestand Lungentuberkulose und tuberkulöse Brustfellentzündung mit Erguß, Darm- und Drüsentuberkulose, 1mal Lungen- und Darmtuberkulose. Die Tuberkulose war 9mal als unmittelbare Todesursache aufzufassen, 1mal war diese Colitis diphtherica. In 2 Fällen war der bei der Leichenöffnung gefundene tuberkulöse Prozeß als leicht zu bezeichnen: bei einem 63jährigen Manne, der an Bronchopneumonie starb, fand sich eine leichte Lungentuberkulose, bei einer 76jährigen Frau, die an Marasmus starb, Drüsentuberkulose und ein tuberkulöses Geschwür im Ileum. Beide waren über 5 Jahre in Anstaltspflege gewesen.

Über die nicht tuberkulösen Senilen ist kurz folgendes zu sagen. Die meisten starben an Altersmarasmus bzw. der Arteriosklerose oder ihren Folgen. Erwähnenswert ist nur folgendes. 6 starben an Karzinom, und zwar 4 an Karzinom des Magens — 3 Frauen und 1 Mann —; 1 Frau an Nierenkarzinom und 1 Frau an Uteruskarzinom. An eingeklemmtem Bruch starb 1 Kranker, an Darmverschlingung 1, an Colitis diphtherica 4, an Gesichtsrose 1, an Pyelonephritis 1. Nicht unerwähnt darf bleiben, daß sich bei 2 Kranken alte, sicher tuberkulöse Lungenspitzennarben fanden, also abgeheilte Tuberkulose.



Zusammenfassung: Bei unseren Senilen spielt die Tuberkulose eine recht geringe Rolle, da nur 10% der Gestorbenen tuberkulös waren, und zwar nur 8,3% so schwer, daß Tuberkulose Todesursache war. *Ganter* gibt die Tuberkulose gleichfalls mit 8,3% an, *M. Schröder* findet 10% Tuberkulosesterblichkeit. — Klinisch hatte die Tuberkulose im allgemeinen Bilde des Marasmus keine auffällige Erscheinungen gemacht. Lungentuberkulose herrschte auch hier vor, während die Darmtuberkulose im Vergleich zu den andern Krankheitsgruppen bedeutend zurücktrat. Bemerkenswert ist, daß gerade die meisten tuberkulösen Kranken nur kurze Zeit in Anstaltspflege gewesen waren. Der Anstaltsaufenthalt war: 3 Tage, 7 Monate je 1mal, 1 Jahr 3mal, 4 Jahre 4mal, 12 Jahre, 13 Jahre, 16 Jahre je 1mal. Was das Lebensalter der Tuberkulösen angeht, so starben in den Altersstufen:

61—65	5	Kranke
66—70	3	,,
71—75	1	,,
76—80	1	,,
81—85	2	,,
	12	Kranke.

Der Rest der Tuberkulösen, die in der Berichtszeit starben, gehört Gruppen von Geisteskranken an, die nur wenig Kranke umfaßten. Es soll nur ganz kurz das Wesentlichste berichtet werden.

Es handelt sich zunächst um angeborenen Schwachsinn.

1) Schwere Tuberkulose.

Nr.	Geschlecht	Alter	Anstaltsaufenthalt	Tub. Belastung	Hilfsmomente für Tuberkulose usf.	Leichenbefund
1	♀	44 Jahre	4 Monate	0	Als Kind „Drüsen". 12 Schwangerschaften in 20 Jahren. Bei Aufnahme sehr herunter, unrein, aß schlecht	**Lungen-Darm-Drüsentuberkulose**



2) Leichte Tuberkulose.

Nr.	Geschlecht	Alter	Anstaltsaufenthalt	Tub. Belastung	Hilfsmomente für Tuberkulose usf.	Leichenbefund
1	♂	64 Jahre	7½ Jahre	0	—	Leichte Lungentuberkulose u. Drüsentuberkulose
2	♂	42 Jahre	4 Jahre	0	Muß körperlich geregelt werden	Leichte Lungentuberkulose

3) Tuberkulosefreie.

Nr.	Geschlecht	Alter	Anstaltsaufenthalt	Tub. Belastung	Hilfsmomente für Tuberkulose usw.	Leichenbefund bezw. Todesursache
1	♂	28 Jahre	8 Jahre	0	—	Typhus abdominalis
2	♂	43 Jahre	12 Jahre	0	—	Marasmus
3	♀	20 Jahre	2 Monate	0	Als Kind Rhachitis. Mit 10 Jahren 3 Monate krank (Typhus!) In Anstalt Nahrungsverweigerung	Pleuritis

Von 6 Schwachsinnigen waren also 3 tuberkulös, 1 Kranke starb an der Tuberkulose. Bei unseren paar Fällen kann man natürlich keinerlei Schlüsse ziehen.

In der Literatur findet man meist die Angabe, daß bei angeborenem Schwachsinn Tuberkulose häufig sei, so bei *Weygandt*. *Ganter* findet 28% Tuberkulosesterblichkeit bei Imbezillität. *Wulff* sogar 40%. *Bolte* nimmt an, daß die hereditäre Tuberkulose eine bedeutsame Rolle in der Ätiologie der Idioten spiele. *Schott* konnte in der Vorgeschichte von 942 Schwachsinnigen Tuberkulose neben andern ätiologischen Momenten 116mal, d. i. in 12,3%, als allein ursächliches Moment nur 25mal (2,6%) nachweisen (bei *Weygandt*!).

Weiterhin fand sich Tuberkulose in folgenden Gruppen:



Präseniles Irresein.

1) Tuberkulose (schwere!).

Nr.	Geschlecht	Alter	Anstaltsaufenthalt	Tub. Belastung	Hilfsmomente für Tuberkulose usw.	Leichenbefund
1	♂	42	2 Jahre	0	—	Miliartuberkulose d. Lungen m. Knötchenaussaat ins Peritoneum und Mesenterium

2) Tuberkulosefreie.

Nr.	Geschlecht	Alter	Anstaltsaufenthalt	Tub. Belastung	Hilfsmomente für Tuberkulose usw.	Leichenbefund bzw. Todesursache
1	♂	42 Jahre	unter 5 Jahren	0	—	Marasmus
2	♀	56 Jahre	„	0	—	Colitis diphterica
3	♂	52 Jahre	„	0	—	Pneumonie

Amentia.

1) Tuberkulose (schwere!).

Nr.	Geschlecht	Alter	Anstaltsaufenthalt	Tub. Belastung	Hilfsmomente für Tuberkulose usw.	Leichenbefund bezw. Todesursache
1	♀	25 Jahre	1 Monat	0	—	Lungen-Darm-Drüsentuberkulose



2) Tuberkulosefreie.

Nr.	Geschlecht	Alter	Anstaltsaufenthalt	Tub. Belastung	Hilfsmomente für Tuberkulose usw.	Leichenbefund bezw. Todesursache
1	♀	41 Jahre	8 Tage	0	—	Pneumonie
2	♀	34 Jahre	unter 5 Jahren	0	—	Pyelonephritis
3	♀	44 Jahre	„	0	—	Herzschwäche
4	♀	37 Jahre	„	0	—	Pyämie

Erregung bei tuberkulöser Basilarmeningitis.

Nr.	Geschlecht	Alter	Anstaltsaufenthalt	Tub. Belastung	Hilfsmomente für Tuberkulose usw.	Leichenbefund
1	♂	20 Jahre	2 Tage	0	—	Meningitis basilaris tbc. Schwere Lungen-Darmtuberkulose

Huntingtonsche Chorea.

1) Leichte Tuberkulose.

Nr.	Geschlecht	Alter	Anstaltsaufenthalt	Tub. Belastung	Hilfsmomente für Tuberkulose usw.	Leichenbefund
1	♀	45 Jahre	1 Jahr	0	—	Leichte Lungentuberkulose Marasmus

2) Tuberkulosefreie.

Nr.	Geschlecht	Alter	Anstaltsaufenthalt	Tub. Belastung	Hilfsmomente für Tuberkulose usw.	Leichenbefund bezw. Todesursache
1	♂	44 Jahre	über 5 Jahre	0	—	Marasmus
2	♀	57 Jahre	unter 5 Jahren	0		Colitis diphterica



Der Vollständigkeit halber und weil es für die noch folgenden Ausführungen von Wichtigkeit ist, müssen noch die andern Kranken, die in der Berichtszeit starben, mit Geschlecht, Alter, Anstaltsaufenthalt und Todesursache angeführt werden, obwohl sie alle keinerlei Tuberkulose hatten. Es waren folgende:

Hirngeschwülste und ähnliches.

Nr.	Geschlecht	Alter	Anstaltsaufenthalt	Krankheitsbezeichnung	Todesursache
1	♂	31 J.	unter 5 J.	Tumor cerebri	Tumortod
2	♂	33 „	„ „ „	„ „	
3	♂	39 „	„ „ „	„ „	
4	♂	46 „	„ „ „	„ „	
5	♀	46 „	„ „ „	„ „	
6	♂	58 „	„ „ „	Tumor hypophysis	

Zusammen 6 Hirn- usw. geschwülste, 5 Männer und 1 Frau.

Alkoholische Geistesstörungen.

Nr.	Geschlecht	Alter	Anstaltsaufenthalt	Krankheitsbezeichnung	Todesursache
1	♂	37 J.	unter 5 J.	Alkohol. Geistesstörung	Leberzirrhose
2	♂	48 „	„ „ „	Korsakow	Typhus abdominalis
3	♂	49 „	„ „ „	„	Herzlähmung
4	♂	54 „	über „ „	Alkohol. Geistesstörung	Marasmus
5	♂	65 „	„ „ „	Säuferhalluzinose	Apoplexie

Zusammen 5 Männer.

Paranoia chronica.

Nr.	Geschlecht	Alter	Anstaltsaufenthalt	Krankheitsbezeichnung	Todesursache
1	♂	58 J.	5 Jahre	Paranoia chronica	Colitis diphterica
2	♂	68 J.	über 5 J.	„ „	Marasmus
3	♀	79 J.	„ „ „	„ „	Marasmus

Zusammen 3 Paranoiakranke, 2 Männer und 1 Frau.



Degeneratives Irresein.

Nr.	Geschlecht	Alter	Anstaltsaufenthalt	Krankheitsbezeichnung	Todesursache
1	♂	43 J.	über 5 J.	Degeneratives Irresein	Marasmus
2	♂	41 „	unter 5 „	„	Colitis diphterica

Zusammen 2 Männer.

Verschiedenes.

Nr.	Geschlecht	Alter	Anstaltsaufenthalt	Krankheitsbezeichnung	Todesursache
1	♀	32 J.	unter 5 J.	Verwirrtheitszustand	Leptomeningitis purulenta basilaris
2	♀	45 „	„ „ „	Verwirrtheit bei Ca	Ca Kachexie
3	♀	46 „	„ „ „	Halluzinose	Nephritis
4	♂	46 „	über „ „	Halluzinose m. Demenz	Cholämie
5	♂	47 „	„ „ „	Chron. Paralyse des Gehirns	Colitis diphterica
6	♀	57 „	unter „ „	Geistesstörung bei Urämie	Urämie
7	♀	64 „	„ „ „	Geistesstörung bei Chorea acuta	Endocarditis
8	♂	53 „	über „ „	Demenz	Herzlähmung
9	♂	60 „	„ „ „	Psychose. Organischer Gehirnbefund	Bronchopneumie bei Marasmus

Zusammen 9 Kranke, 4 Männer und 5 Frauen.

Die kleineren Gruppen umfassen also 44 Kranke, 28 Männer und 16 Frauen. Davon waren 7 tuberkulös. Schwere Tuberkulose hatten 4 = 9,08%, leicht Tuberkulose 3 = 6,8%.

Allgemeine Zusammenfassung.

In der Zeit, die für diese Arbeit berücksichtigt wurde — Herbst 1911 bis Frühjahr 1916 —, starben im ganzen 536 Kranke, 328 Männer und 208 Frauen, bei denen durch die Leichenöffnung der Organbefund genau festgestellt wurde. Von ihnen waren 132 an Tuberkulose gestorben, und zwar 82 Männer und 50 Frauen, d. s. im ganzen 25% Männer und 24,03% Frauen. Zum Vergleich folgt die Tafel *Ganters*.



Autor	Anstalt	Zeitraum	% der an Tuberkulose Gestorbenen
Ganter	Saargemünd	1880-1904	19,8 (15,4 M., 24,4 Fr.)
Geist	Zschadrass	1894-1903	10,5 (7,4 M., 13,6 Fr.)
Oßwald	Hofheim	1877-1891	25,1 (26,1 M., 23,9 Fr.)
"	Heppenheim	"	22,4 (16,9 M., 28,2 Fr.)
"	Gießen	1896-1906	6,5 (6,2 M., 7,1 Fr.)
Zinn	Eberswalde	1877-1892	15,6 (10,5 M., 24.8 Fr.)
Heimann	d. preuß. Irrenanstalten	1876-1897	16,6 (14,4 M., 20,4 Fr.)
Löw	Bedburg/Hau	1911-1916	24,69 (24,6 M., 24,5 Fr.)

Auffallend ist, daß die Frauen anscheinend häufiger an Tuberkulose leiden wie die Männer. Bei uns war das Verhältnis der Geschlechter zueinander ungefähr das gleiche.

Im folgenden soll nebeneinandergestellt werden, wie der Prozentsatz der Sterblichkeit bei den einzelnen Krankheiten von verschiedenen Autoren angegeben wird.

Dementia praecox: *Schröder* (Lauenburg) .... 67 %
Löw (Bedburg-Hau) .... 50,6 %
Ganter (Saargemünd) .... 45 %
Epilepsie: *Löw* (Bedburg-Hau) .... 27,18 %
Ganter (Saargemünd) .... 21,8 %
Köhler (Hubertusburg) .... 16,7 %
Habermaas (Stetten) .... 10,0 %
Hahn (Hochweitzchen) .... 8,6 %
Paralyse: *Heilbronner* .... 18,3 %
Pilcz .... 10,38 %
Banse und *H. Roderburg* (Lauenburg) .... 8,24 %
Witte (Grafenberg) .... 7,3 %
Ganter (Saargemünd) .... 7,3 %
Löw (Bedburg-Hau) .... 6,9 %
Junius und *Arndt* .... 6,54 %
Brehm .... 6,3 %
Man.-depr. Irresein: *Löw* (Bedburg-Hau) .... 32,0 %
Schröder (Lauenburg) .... 10,0 %
Dementia senilis: *Schröder* (Lauenburg) .... 12,0 %
Ganter (Saargemünd) .... 8,3 %
Löw (Bedburg-Hau) .... 8,3 %

Aus diesen Zusammenstellungen geht folgendes hervor:



Über die Häufigkeit der Tuberkulose bei der Dementia praecox herrscht Einstimmigkeit, ebenso über das verhältnismäßig geringe Auftreten der Tuberkulose bei Paralyse, abgesehen von *Heilbronner* und *Pilcz*; auch bei der Dementia senilis spielt die Tuberkulose keine allzu große Rolle. Anders bei der Epilepsie. Hier schwanken die Zahlen zwischen 27,18% und 8,6%. Zum Teil mag es an der verschieden großen Zahl der berücksichtigten Fälle liegen. Für das manisch-depressive Irresein dürfte das Material, wenigstens für Bedburg-Hau, zu gering sein, so daß der Zufall eine allzu große Rolle spielen kann.

Nun geben alle diese Zahlen nur die direkte Sterblichkeit an Tuberkulose an. Die wahre Rolle der Tuberkulose erkennt man erst, wenn man nachforscht, wie viele Kranke an so schwerer Tuberkulose gelitten hatten, daß sie, auch falls sie nicht vorher an andern Krankheiten gestorben wären, derselben aller Voraussicht nach zum Opfer gefallen wären. Diese Tuberkulose wurde in folgender Tafel als „schwere“ bezeichnet, ihr wurde als „leichte Tuberkulose“ solche gegenübergestellt, die aller Voraussicht nach hätte ausheilen oder doch örtlich hätte beschränkt bleiben können. Auf diese Weise ändern sich die Verhältnisse noch ganz wesentlich.

Das so erhaltene Ergebnis für Bedburg-Hau ist auf folgender Tafel zusammengestellt:

Geistes-krankheit	An-zahl	M.	Fr.	Schwere Tubkl.	Leichte Tubkl.	Ohne Tubkl.
Dementia praec.	166	82	84	87 = 52,4 %	12 = 7,2 %	67 = 40,36 %
Epilepsie	66	59	7	25 = 37,87 %	0 = 0 %	41 = 62,12 %
Paralyse	115	85	30	8 = 6,9 %	5 = 4,34 %	102 = 88,69 %
Man. depr. Irresein	25	12	13	8 = 32 %	0 = 0 %	17 = 68 %
Dem. senilis	120	62	58	10 = 8,3 %	2 = 1,66 %	108 = 90 %
Rest	44	28	16	4 = 9,08 %	3 = 6,81 %	38 = 81,8 %
	536	328	208	142 = 26,49 %	22 = 4,10 %	372 = 69,40 %

Etwas höhere Werte für „schwere“ Tuberkulose zeigt so die Dementia praecox: der Prozentsatz steigt von 50,6 auf 52,4. Wesentlich ändert sich das Ergebnis bei der Epilepsie: von 27,18 steigt der Prozentsatz auf 37,87. Bei den übrigen geistigen Erkrankungen ändern sich die Werte nicht.

Es wurden dann die Durchschnittsalter aller Kranken einer Gruppe, sowie jedesmal das Durchschnittsalter der schwer Tuberkulösen berechnet. Das Ergebnis war folgendes:

Geisteskrankheit	Gesamtdurchschn. Alter	Durchschn. Alter d. schwer Tuberkulösen
Dementia praecox	45,4 (Ganter 46,65) J.	40,5 Jahre
Epilepsie	40,8 („ 41,3) J.	37,8 „
Man. depr. Irresein	55,8 J.	61 „
Paralyse	44,8 („ 45,6) J.	41,75 „
Dementia senilis	71,5 („ 67,05) J.	68,9 „
Rest	46,6 J.	32,7 „

Von großer Bedeutung ist auch die Frage, ob die Kranken die Tuberkulose in der Anstalt oder schon vor Eintritt in dieselbe erworben haben. Dies, wie manche Autoren es machen, mit der Dauer des Anstaltaufenthaltes in Zusammenhang zu bringen, scheint mir nicht angängig (s. S. 446). Übrigens ist von Manchen darauf aufmerksam gemacht worden, daß sehr häufig die Zeit der tuberkulösen Ansteckung schon vor dem Eintritt in die Anstalt liegt.

Wie erwähnt, berichtet dieses *Ganter* und *Oßwald*. *Werner* führt hierüber folgendes aus: „Über Tuberkulose bemerkt Eberswalde, daß bei weitem die Mehrzahl der an dieser Krankheit (Tuberkulose!) sterbenden Patienten schon infiziert eingeliefert wird, wie auch die an andern Anstalten durchgeführte Untersuchung mit der *Pirquet*schen Reaktion beweist.“ *Deventer* und *Benders* haben ebenfalls in dieser Richtung nachgeforscht, konnten allerdings nur in 16,33 % Tuberkulose bei der Aufnahme feststellen (bei 349 an Tuberkulose Gestorbenen in 57 Fällen).

Weiterhin ist folgendes Allgemeine über die Ergebnisse des Nachforschens über die Tuberkulose bei uns zu sagen. Dieselbe trat in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle in schwerster Form auf. Während 26,49% an „schwerer Tuberkulose“ gelitten hatten, hatten nur 4,1% „leichte Tuberkulose“. Dem entsprach auch die große Anzahl der tuberkulösen Organe, wobei Lungen, Därme, Drüsen am häufigsten befallen waren.

Das Nachforschen nach Umständen, die für den späteren Ausbruch der Tuberkulose hätten verantwortlich gemacht werden können, ergab sehr wenig Anhaltspunkte, wie im einzelnen bei der Besprechung der Tuberkulose bei den verschiedenen Geisteskrankheiten genau ausgeführt wurde. Auffällig ist, daß bei den 164 Tuberkulösen nur bei



11 Kranken erbliche tuberkulöse Belastung verzeichnet war (doch siehe das darüber Gesagte S. 447!).

Woher kommt nun die Häufigkeit der Tuberkulose bei den Geisteskranken? Sie kann einmal an den Verhältnissen der Irrenanstalt liegen. *Kraepelin* erwähnt in diesem Zusammenhange das kasernenhafte Leben, die bestehende Überfüllung, die ausgiebige Gelegenheit zur Ansteckung neben andern Umständen. *Weygandt* betont ganz besonders die Verhältnisse in alten Irrenanstalten.

In diesem Zusammenhange dürften die folgenden Feststellungen von Interesse sein. Der Anstalt Bedburg-Hau wurden, als sie eröffnet wurde, von den übrigen rheinischen Anstalten, die zum Teil überfüllt waren, sehr viele Kranke zugeführt, die dort schon längere Zeit verpflegt worden waren. Es war nun wichtig, nachzusehen, ob die Tuberkulose bei den Kranken, die bereits in „alten“ Anstalten gewesen waren, häufiger war wie bei denen, die nur hier in der neuen Anstalt gewesen waren. Es fand sich folgendes:

Dementia praecox.

Von 32 Kranken, die nur in Bedburg-Hau waren, waren		Von 134 Kranken, die vorher noch in „alten“ Anstalten waren, waren	
tuberkulös	21 = 65,62 %	tuberkulös......	78 = 58,20 %
tuberkulosefrei ..	11 = 34,37 %	tuberkulosefrei ..	56 = 41,79 %

Epilepsie.

Von 10 Kranken, die nur in Bedburg-Hau waren, waren		Von 56 Kranken, die vorher noch in „alten“ Anstalten waren, waren	
tuberkulös	5 = 50 %	tuberkulös......	20 = 35,70 %
tuberkulosefrei	5 = 50 %	tuberkulosefrei ..	36 = 64,26 %

Paralyse.

Von 77 Kranken, die nur in Bedburg-Hau waren, waren		Von 38 Kranken, die vorher noch in „alten“ Anstalten waren, waren	
tuberkulös......	10 = 12,9 %	tuberkulös......	3 = 7,89 %
tuberkulosefrei ..	67 = 86,4 %	tuberkulosefrei ..	35 = 92,05 %

Manisch-depressives Irresein.

Von 13 Kranken, die nur in Bedburg-Hau waren, waren		Von 12 Kranken, die vorher noch in „alten“ Anstalten waren, waren	
tuberkulös	4 = 30,76 %	tuberkulös......	4 = 33,32 %
tuberkulosefrei ..	9 = 69,21 %	tuberkulosefrei ..	8 = 66,64 %



Dementia senilis.

Von 78 Kranken, die nur in Bedburg-Hau waren, waren		Von 42 Kranken, die vorher noch in „alten" Anstalten waren, waren	
tuberkulös......	5 = 6,41 %	tuberkulös......	7 = 16,66 %
tuberkulosefrei..	73 = 93,58 %	tuberkulosefrei..	35 = 83,50 %

Rest.

Von 29 Kranken, die nur in Bedburg-Hau waren, waren		Von 15 Kranken, die vorher noch in „alten" Anstalten waren, waren	
tuberkulös......	5 = 17,24 %	tuberkulös......	2 = 13,33 %
tuberkulosefrei..	24 = 82,75 %	tuberkulosefrei..	13 = 86,65 %

Das Gesamtergebnis ist:

von den 239 Kranken, die nur in Bedburg-Hau waren, waren .... 50 tuberkulös = 20,9%,
von den 297 Kranken, die noch in „alten" Anstalten waren, waren .... 114 tuberkulös = 38,3%.

In der Tat überwiegt prozentualiter also die Tuberkulose bei den Kranken, die vorher in den „alten" überfüllten Anstalten gewesen waren. Dies kann uns aber, da wir ja wissen, daß Umstände wie enges Zusammenleben usf. die Verbreitung der Tuberkulose fördern, ja auch nicht besonders wundern. Andererseits ist aber doch auffallend, daß der Tuberkuloseprozentsatz der Kranken, die nur in der neuen Anstalt Bedburg-Hau gewesen waren, die in hygienischer Beziehung, besonders auch was Belegzahl für die fragliche Zeit angeht, die denkbar günstigsten Verhältnisse bietet, ebenfalls so auffallend hoch ist. Die Ursache für diese Tatsache kann aber nur bei den Geisteskranken selbst liegen. Es erscheint nicht ausgeschlossen, daß der Geisteskranke an sich viel mehr zur Tuberkulose neigt, womit sich ja auch der Umstand gut vereinigen ließe, daß doch wohl viele Kranke schon außerhalb der Anstalt tuberkulös geworden sind. Man kann sich ja ganz gut denken, daß Geisteskranke auch in körperlicher Hinsicht minderwertiger sind wie Geistesgesunde.

In diesem Zusammenhange dürfte folgendes aus einem Bericht von englischen Irrenanstalten vom Jahre 1906, das von *Pandy* berichtet wird, von Interesse sein: „So sterben in England außerhalb der Anstalt an Herzfehler auf 1000 Einwohner im Durchschnitt 2, von den Kranken in den Irrenanstalten 9 und 11, an Pneumonie stirbt von 1000 Männern

im Durchschnitt 1, von Geisteskranken in den Anstalten 7. An Lungenschwindsucht sterben in England von 1000 Männern 2, von 1000 Frauen 1,3, in den Irrenanstalten 16 bzw. 14. Auffallend groß ist der Unterschied auch in der Mortalität der Nierenkranken. Draußen sterben an Nierenkrankheit von 1000 0,49, Geisteskranke in den Anstalten 4. ..... Jedenfalls beweisen diese Zahlen, daß die Geisteskranken nicht nur mit krankem Gehirn, sondern zugleich mit kranken Herzen und Nieren in die Anstalten gelangen." *M. Goldberger* fand bei 825 Kranken der Budapester Klinik, bei denen die Vorgeschichte genau zu erforschen war, bei 28% Lungenschwindsucht als familiär belastendes Moment, bei 15,63 war Lungenschwindsucht und Geisteskrankheit von Aszendenten vorhanden. Auch *Mohr* scheint der Ansicht zu sein, daß die erbliche tuberkulöse Belastung eine ziemlich häufige bei Geisteskranken sei. Daß bei uns diese so wenig angegeben war, spricht nicht gegen ihr Vorhandensein, wie schon ausgeführt wurde. *Shaw* kommt auf Grund seiner vergleichenden Untersuchungen über den tuberkulo-opsoninischen Index bei geistig Gesunden und Geisteskranken unter anderem zu dem Resultat, daß letztere eher der tuberkulösen Infektion ausgesetzt sind. Jedoch scheint ihm nach seinen Befunden der Aufenthalt in der Anstalt nicht besonders zur Erkrankung an Tuberkulose zu disponieren.

Auffällig ist nun, daß immer bestimmte Gruppen von Geisteskranken besonders häufig an Tuberkulose leiden. So herrscht wohl Einstimmigkeit über das häufige Auftreten derselben bei der Dementia praecox, während doch alle Kranken unter denselben Bedingungen des Anstaltslebens stehen. Dieser Umstand ist so bemerkenswert, daß genauer auf ihn eingegangen werden muß. Man kann nun sagen: Die Dementia praecox-Gruppe ist eben die häufigste Krankheitsgruppe unter unseren Anstaltsinsassen. Wie verhält es sich damit bei uns? Darüber gibt folgende Aufstellung Aufschluß, die zeigt, wieviel Prozent aller Gestorbenen den einzelnen Krankheitsgruppen angehören:

Dementia praecox	30,97%
Epilepsie	12,31%
Paralyse	21,45%
Manisch-depressives Irresein	4,66%
Dementia senilis	22,38%
Rest	8,2 %.

In der Tat überwiegen also prozentualiter die Dementia praecox-Kranken. Da die Epileptiker, Manisch-depressiven und der Rest

an Zahl gegen die Dementia praecox-Kranken bei uns erheblich zurücktreten, kann hier der Zufall eine größere Rolle spielen, was das Auftreten der Tuberkulose angeht. Es müssen deshalb hier zum Vergleich Arbeiten mit einem größeren Material dieser Krankheitsgruppen herangezogen werden. Für die Epilepsie sei *Hahn* erwähnt, der bei 544 gestorbenen Epileptikern nur 8,6% Tuberkulosesterblichkeit findet. „Spuren" von Tuberkulose fand er allerdings noch in 34,3%, es handelte sich aber um ausgeheilte Tuberkulose oder solche, die allem Anschein nach zur Heilung neigte. *Habermaas* fand bei 166 Todesfällen bei Epilepsie 10% Tuberkulosesterblichkeit, *Ammann* findet bei einem Material von 2159 Todesfällen von Epileptikern die Lungentuberkulose selten. *Ganter*, der 21,8% Tuberkulosetodesfälle fand, hatte auch ein zu geringes Material, nur 19 Fälle! Literaturangaben über Tuberkulose bei einem größeren Material von Manisch-depressiven standen nicht zur Verfügung.

Die Senilen und Paralytiker machen aber ebenfalls einen großen Prozentsatz unseres Materials aus, können also in dieser Beziehung mit der Dementia praecox wohl verglichen werden. Diese Gruppen haben nun erheblich weniger Tuberkulöse bei uns wie die Dementia praecox-Gruppe, wie wir gesehen haben. Es können aber auch hier Einwände gemacht werden. Betreffs der Senilen kann zunächst gesagt werden, daß sie sich bereits in einem Alter befänden, das nicht mehr besonders zur Tuberkulose neige. Nach der Tuberkulosetafel von Cornet ist aber die Tuberkulosesterblichkeit im höheren Alter noch eine sehr große. Auch *v. Mehring* betont, „daß im Greisenalter die Phtisis nicht so selten ist, wie man früher dachte". Das höhere Alter dürfte demnach keine Gegenanzeige für Tuberkulose sein, eher könnte man den Einwand ins Feld führen, daß der Anstaltsaufenthalt der Senilen ein zu kurzer sei, wenn man nämlich annähme, daß die Länge des Anstaltsaufenthaltes die Tuberkulose begünstigte. Dieser Umstand dürfte auch bei den Paralytikern angeführt werden, während das Durchschnittsalter bei diesen wie auch bei den andern Krankheitsgruppen ungefähr das gleiche wie das der Dementia praecox-Kranken beim Tode ist. (S. Seite 468!)

Es muß also näher auf die Bedeutung der Länge des Anstaltsaufenthaltes für die Tuberkulose eingegangen werden. Zu dem Zwecke wurde genau festgestellt, wieviel Kranke der tuberkulösen

Kranken und der tuberkulosefreien Kranken jeder Krankheitsgruppe unter und über 5 Jahre in Anstaltspflege gewesen waren. Das Ergebnis ist in folgendem zusammengestellt:

	Anstaltsaufenthalt					
	unter 5 Jahren			über 5 Jahre		
	Tuberkulöse	Tuberkulose-freie	Insgesamt	Tuberkulöse	Tuberkulose-freie	Insgesamt
Dem. praecox	40 = 61,5 %	25 = 38,4 %	65	59 = 58,4 %	42 = 41,5 %	101
Epilepsie . . .	9 = 32,1 %	19 = 67,8 %	28	16 = 42,09%	22 = 57,88%	38
Paralyse . . .	13 = 12,03%	95 = 87,96%	108	0 = 0 %	7 = 100 %	7
Man. depress. Irresein. . .	6 = 37,5 %	10 = 62,5 %	16	2 = 22,2 %	7 = 77,7 %	9
Dem. senilis .	9 = 9,36%	87 = 90,56%	96	3 = 12,49%	21 = 87,48%	24
Rest	6 = 19,3 %	25 = 80,6 %	31	1 = 7,69%	12 = 92,28%	13

Nimmt man also die Krankheitsgruppen einzeln für sich, so ist zwar gerade bei den Senilen, wie auch bei den Epileptikern, die Tuberkulose prozentualiter häufiger bei den Kranken mit über 5 Jahren, also bei längerem Anstaltsaufenthalt, dagegen nicht bei allen übrigen einzelnen Krankheitsgruppen, insbesondere auch nicht bei den Dementia praecox-Kranken, so daß man wohl sagen darf, daß bei uns die Länge des Anstaltsaufenthaltes bei den einzelnen Krankheitsgruppen die Tuberkulose wohl nicht begünstigte. Aus all dem ist dann auch wohl der Schluß berechtigt, daß die Tuberkulose zweifellos bei den Dementia praecox-Kranken an sich ganz besonders häufig ist.

Es fragt sich nun, wie das so überaus häufige Auftreten der Tuberkulose bei der Dementia praecox erklärt werden kann.

Kraepelin sagt von der katatonen Gruppe: „..... weit häufiger ist jedoch die Entwicklung der Tuberkulose bei den regungslos daliegenden, nur sehr oberflächlich atmenden und schwer zu pflegenden Kranken. Die Sterblichkeit wird auf diese Weise gerade für die verblödeten Endzustände der Katatonie eine verhältnismäßig große.“ *Schröder* macht hauptsächlich „die unhygienische Lebensweise“ der Schizophrenen für die außerordentliche Empfänglichkeit für Tuberkulose verantwortlich. Manche Autoren nehmen indessen ganz andere Zusammenhänge zwischen der Dementia praecox und der Tuberkulose an. Davon soll noch die Rede sein. *Ganter*, dem auch auffällt, daß eine ganze Anzahl der Kranken die Tuberkulose wohl schon in die Anstalt mitgebracht hat, meint: „Wenn aber *Hagen*

und *Snell* aus ihrer Statistik auch den Schluß ziehen zu dürfen glauben, daß die Geisteskrankheit das Primäre, die Lungenschwindsucht das Sekundäre sei, so gilt das wohl für die in der Anstalt erworbene Tuberkulose, braucht es aber nicht für die von außen mitgebrachte Tuberkulose."

Jedenfalls findet man meist die Ansicht, daß das Entstehen der Tuberkulose in erster Linie auf das Verhalten der Dementia praecox-Kranken zurückzuführen sei, auf ihr Dahindösen im Bett und auf der Abteilung, die Unreinlichkeit, das schlechte Atmen, das Unverständnis für jede hygienische Maßnahme usf. Nun muß man doch sagen, daß all diese Umstände mehr oder weniger auch für andere Geisteskranke zutreffen, die aber viel weniger von der Tuberkulose betroffen werden. Es sei besonders an Epileptiker[1]) und Paralytiker erinnert. Bei diesen Krankheitsgruppen findet man nun doch eine große Anzahl recht hilfloser Kranken, die, ähnlich den Dementia praecox-Kranken, in verzogener Lage, schlecht atmend, unrein, für jede körperliche Fürsorge verständnislos auf der Siechenabteilung lange genug vegetieren, um eine Tuberkulose zu blühendem Aufgehen anzuregen, und trotzdem nicht die starke Häufigkeit an Tuberkulose, wie sie bei der Dementia praecox überall gefunden wird. Wendet man für die Paralytiker ein, die für die Tuberkulose Empfänglichen seien, da ja die Kranken in verhältnismäßig spätem Lebensalter in Anstaltspflege gelangen, schon bevor sie anstaltspflegebedürftig geworden seien, der Tuberkulose erlegen, was übrigens noch zu beweisen wäre, so würde das eben heißen, daß all die oben erwähnten Umstände des Dahinvegetierens usf. demnach nicht die Hauptrolle bei der Entstehung der Tuberkulose spielen, da ja der anstaltspflegebedürftig werdende Rest verhältnismäßig gefeit gegen die Tuberkulose bleibt. Der Einwand, daß die Paralytiker nicht lange genug in der Anstalt blieben, um tuberkulös zu werden, scheint dadurch hinfällig zu werden, daß, wie schon oben ausgeführt wurde, die Länge des Anstaltsaufenthaltes keine allzu große Rolle bezüglich der Tuberkulose zu spielen scheint. Im übrigen findet sich unter

[1]) Wenn bei unserem Material die Epileptiker ebenfalls recht stark an Tuberkulose leiden, so kann es daran liegen, daß uns zu wenig Fälle zur Verfügung standen, mithin der Zufall eine zu große Rolle spielen konnte. Jedenfalls wird bei einem größeren Material fast allgemein, wie schon früher erwähnt, der Tuberkuloseprozentsatz erheblich geringer angegeben.



den Dementia praecox-Kranken doch eine genügend große Zahl, die nicht ständig unter der Bettdecke liegt usf., sondern bei der Feldarbeit oder sonst im Anstaltsbetriebe tätig ist und dann doch ihre Tuberkulose bekommt, während wieder andere Dementia praecox-Kranke trotz jahrelangen Liegens auf der Abteilung, trotz größter Unsauberkeit usf. gänzlich frei von jeder Tuberkulose bleiben. Da gerade diese Umstände besonderes Interesse erweckten, wurde ganz besonders hierauf geachtet, indem sämtliche in Frage kommenden Krankengeschichten auf all diese Umstände hin ganz genau durchgesehen wurden. Es zeigte sich dabei folgendes: Von den schwer tuberkulösen Dementia praecox-Kranken fanden sich die eben erwähnten Umstände in ausgesprochener Form bei rund 50%, indessen bei den tuberkulosefreien Kranken bei sogar etwas über 60%. Um zu zeigen, was alles unter diesem „Verhalten" verstanden wurde, sollen einige Auszüge aus Krankengeschichten folgen. Es handelt sich um Dementia praecox-Kranke mit längerem Anstaltsaufenthalt, die trotz ausgesprochen sehr gesundheitswidrigen Verhaltens frei von jeder Tuberkulose bleiben, wie die Leichenöffnung ergab.

Fall 1. M. Franz, ledig, geb. 26. 3. 1868. Anstaltspflege seit dem 19. Lebensjahre. Gestorben mit 44 Jahren, 24 ½ Jahre in Anstaltspflege.

Düren: 1898. Januar: Mittelgroß, mäßig genährt, mangelhaft entwickelt, bleiches Aussehen. — Größenideen: Fürstensohn. Arbeitet in Tischlerwerkstatt. — Oktober: Selbstmordversuch.

Alexianer-Anstalt Aachen: 1890—1911.

Düren: 1911. Völlig verblödet, unreinlich, mutistisch, grimassiert, steht stundenlang in einer Ecke. Blaß und mager. — Wird gefüttert, völlig hilflos, hockt zusammengekrümmt da, spricht nicht. — Ständig abgeführt. Essen eingegeben. Völlig blöde, grimassiert unablässig, kneift die Augen zu oder rollt die Augäpfel extrem nach oben. Bleibt vor dem Bett stehen, ohne sich hinzulegen; liegt zusammengekrümmt da. — Fortwährend in derselben Haltung, angehobener Kopf. Völlig stumm, rührt sich nicht, nimmt aber Nahrung. Reinlich. — Mutistisch, negativistisch, grimassiert.

Cöln-Lindenthal. Dezember 1911: Tag und Nacht unrein mit Urin, ißt sehr schlecht. — Nimmt nur Diät. Stets unrein, ganz stumm; 43 kg Gewicht.

1912: Ständig unrein, auch mit Kot. — Immer unrein. — Völlig stumm.

Bedburg-Hau: 1912. Mai: Sehr hinfällig, oft Ohnmachten. Ißt sehr wenig. — 26. 5. 12 gestorben an Marasmus.

Sektionsbefund: 0 Tuberkulose.



Fall 2: R., Luise, geb. 12. 9. 1848. Von Februar 1878 bis April 1913, d. s. 35 Jahre, in Anstaltspflege.

Grafenberg 1876: Stumpf, elendes Aussehen. Oft längere, verworrene Reden. Klagsam. Bett.

Departementalanstalt Düsseldorf. 1896: Verblödet, apathisch, redet sinnlos. Hie und da etwas Hausarbeit.

1899: Oft erregt, greift an.

1902: Ganz stumpf, apathisch, mutistisch.

1904: Stumpf in Ecke, ab und zu ängstliche Laute.

1905: Ganz mutistisch, vegetiert dahin.

1906: Immer stumpf in Ecke, negativistisch.

1908: Desgleichen.

1909: Stumpf, kataton, dement.

1910: Mutistisch, völlig apathisch.

Bedburg-Hau: 1911 und 1912: Stumpf, apathisch, mutistisch; dauernd zu Bett, unsicher auf den Beinen, döst vor sich hin, sehr hilfsbedürftig.

1913: Erysipel des rechten Unterschenkels, Fieber: 38,5°, Puls sehr schlecht. 9. April: 39°, 11. April: 37°, starke Schwäche. — 15. 4. 13 gestorben an Wundrose.

Sektionsbefund: 0 Tuberkulose.

Fall 3. V., Karl. Von 1896—1913, d. s. 17 Jahre, in Anstaltspflege, vom 48.—65. Lebensjahre.

Departementalanstalt Düsseldorf 1896: Stumm, indifferent, aggressiv.

1901: Vegetiert stumpf dahin, unrein.

1902: Vollkommen verblödet, unsauber, hat jedes Gefühl für Pflege des Körpers verloren, bedarf stets Aufsicht.

1905: Trotz aller Bemühung nicht rein zu halten. Stumpf, obszön schimpfend.

1906: Hockt stumpf in Ecke, sehr unsauber, antwortet inäquat, desorientiert.

1910: Sehr unsauber, ethisch verblödet, matscht im Klosett herum.

Bedburg-Hau: Dezember 1911: Sitzt untätig da, unsauber. Schmiert im Klosett herum. Höchst unsauber.

1913: Stumpf, steckt alles Mögliche in die Kleider, beschmiert die Wände mit Kot. — 1913, September: Ikterus, Fieber, windet sich vor Leibschmerzen. 11. 9. 13 gestorben.

Peritonitis purulenta. 0 Tuberkulose.

Fall 4. H., Berta, von 1908—1913 Anstaltspflege, d. s. 5 Jahre, vom 42.—47. Lebensjahre.

Bonn: 1908: 4. Aufnahme (frühere Krankenblätter nicht zur Verfügung!) Genügend ernährt. Liegt stumpf da, antwortet nicht. Stereotypien. — Katatones Verhalten. — Stereotypien, schimpft gelegentlich

auf „Spitzbuben vor der Tür". Unorientiert. Andeutung von Katalepsie. — Eigenartige Tiks, verkriecht sich in Ecken und hockt am Boden.

1911: Hockt stets auf derselben Stelle am Boden.

Bedburg-Hau: 1912: Stumpf, ablehnend, blöde vor sich hinsummend, ohne Beschäftigung, sitzt da und flicht an ihren Zöpfen. Nachts oft schlaflos und unrein. — Oktober: Urin reichlich Eiweiß. Lazarett! Blasengegend sehr druckempfindlich. Stumpf, ablehnend unter der Bettdecke. — November desgl. Wälzt sich im Bett herum. — Dezember: Unzugänglich, wühlt im Bett, unrein mit Entleerungen.

1913: Februar: Oft unrein. — Juni: Mutistisch, sehr unsauber. — September: Ständig bis oben naß, beschmutzt Fußboden mit Kot. — Oktober: Durchfälle, körperlich sehr zurück. — November: Schreit den ganzen Tag. — Schlechte Herztätigkeit. 10. November: Sehr matt und hinfällig, geht dauernd zurück. — 14. 11. 13 gestorben: Herzschwäche.

Sektionsbefund: Eitrige Cystitis infolge durch Harnröhre eingeführten Fremdkörper, durchgebrochene eitrige Brustfellentzündung. 0 Tuberkulose!

Fall 5. E., Hermann, geb. 9. 2. 1879. Anstaltsaufenthalt: Februar 1910 bis Juli 1914, vom 31.—35½. Lebensjahre.

Vorgeschichte: 0 erbliche Belastung; 5 Jahre glücklich verheiratet, keine Kinder. Fleißiger Arbeiter. — Zuerst April 1909 erkrankt.

Tannenhof, 1909 Ende September bis Anfang November.

Zu Hause Verschlimmerung, spricht nicht. Ißt nur auf Zureden. Teilnahmlos zu Bett. Selbstmordgedanken.

Johannistal bei Süchteln: Februar 1910, nennt sich „Teufel". Kräftig gebaut, mittlerer Ernährungszustand, blaß. — 23. Februar: Liegt immer halb sitzend mit erhobenem Kopf, sehr gehemmt. Zum Essen muß er angehalten werden. — März desgl. Still und stumm, angehobener Kopf, oder mit Bettdecke bedeckt. — April: Besuch der Schwester, nicht zu bewegen, sich derselben zuzuwenden, mit ihr zu sprechen. — Mai: Besserung, hilft bei Hausarbeit. — Juni: Besuch der Ehefrau, sprach nichts. — Juli: Wieder zu Bett, Kopf verhüllt oder angehoben.

1911: Januar: Halbe Tage auf, geht nicht in den Garten. Etwas Hausarbeit, geht aber vornübergebeugt wie ein alter Mann. — September: Stark gehemmt, negativistisch. — Oktober bis Dezember: Unverändert.

Bedburg-Hau: 1911: Zusammengekrümmt zu Bett, teilnahmlos, manchmal plötzlich erregt, dann wieder regungslos zu Bett.

1912: Januar: Das Gleiche; starres Gesicht, gehemmt, negativistisch. Oktober: Plötzlich erregt, griff Pfleger an und zertrümmert eine Fensterscheibe. — Neigt dazu, mit den Zähnen Bettdecke zu fassen und zu zerkauen. Stundenweise Packung.

1913: Blickt starr und stumm vor sich hin. Widerstrebt, wenn man Kopf herunterlegen will. —August: Schlug sich eine Wunde am Kopf. Kopf ganz auf Bettstelle geneigt. Spricht kein Wort. Trinkt gelegentlich

aus Klosettbecken. Ißt genügend. — November: Starr, wächserne Biegsamkeit.

1914: Starr zu Bett, ab und zu schlecht essend. Kataton. — April: Erbrechen, Dämpfung im rechten Hypochondrion. — Mai: Im letzten Monat 3,5 kg abgenommen, 48,5 kg Gewicht. Magert zusehends ab. Immer starr katatone Haltung, hält Brötchen stundenlang im Munde. Ißt wenig. — 15. Juli: Gestern Abend Temperatursteigerung. Heute pulslos, soporös, trotz Kampfer. Gestorben: Marasmus.

Sektionsbesfund: 0 Tuberkulose.

Fall 6. K., Heinrich, Schlosser, geb. 6. 11. 1875.

Vorgeschichte: 1900 oder 1901 Kopftrauma: Schlag auf den Kopf. 1904 Tripper und Lues. 1904 wegen Körperverletzung und Diebstahl 3 Jahre Zuchthaus.

Nach 2 Jahren 3 Monaten geistig erkrankt, Irrenabteilung Münster, von da nach Marsberg: Geheilt entlassen.

Dann wegen Münzvergehens im Gefängnis Duisburg, von dort Grafenberg. 16. 11. 07: Grübelte viel, hypochondrische Wahnvorstellungen: Eiter im Leib, Angst; gemütliche Stumpfheit und Affektlosigkeit.

1908: Entwichen.

1909 im Mai wieder eingewiesen: Liegt regungslos auf einem Wagen, völlig stumm und ohne Lebenszeichen. Glieder schlaff. — Sondenernährung seit 30. 5. 09. Wie leblos. — 7. 8. Ißt spontan, spricht leise, unverständlich. Sehr gehemmt, öffnet Buch nicht zum Lesen. — 17. 9. 09: Wieder mutistisch, ganz stuporös. Liegt zusammengekauert, unter Bettdecke vergraben, mit geschlossenen Augen. — Anfang November: Spur regsamer. 15. 11. 09: Wieder stuporös. So bis Oktober 1910 *(1 Jahr)!*

14. 10. 1910: Spricht wieder seit gestern: „man suche ihn zu vernichten“. — 24. 10. 10: Gibt nur die nötigste Auskunft. Liegt ruhig wie früher unter der Decke, Gesicht nach der Wand. — 31. 12. 10: Spricht wieder kein Wort, tief unter der Bettdecke. Machte auf dem Wege zum Abort schlapp, seit 3 Tagen ohne Nahrung genommen zu haben.

4. 1. 1911: Ißt wieder besser, aber mutistisch und teilnahmlos. — 22. 1. 11: Seit 3 Tagen wieder nichts genommen, unrein, völlig stumpf. Sondenernährung! — März: Dauernd stuporös. Sonde! Ophthalmoreaktion 0. — April: Ganz unverändert. — Oktober: Dauernd Sonde!

10. 10. 1911. Bedburg-Hau: Völlig stuporös. Sonde!

1912: Ganz wie zuletzt in Grafenberg geschildert: völlig stuporös, wie leblos daliegend, muß regelmäßig ausgehoben werden, reagiert auf nichts; regelmäßig Sonde, niemals selbst etwas nehmend.

1913: Immer der gleiche Stupor, Sonde immerwährend!

1914: März: Unverändert das gleiche Bild. Sonde! Hat noch nie hier ein Wort gesprochen, liegt stets wie eine Leiche da. — April: Knie S.-R. ++, Klonus angedeutet. Babinski ø, Oppenheim ø. Bauchdecken-



reflex +, r. = l. Pupillen: Lichtreflex prompt. Lungen: soweit prüfbar, o. B. Leidlicher Ernährungszustand.

1915: Keinerlei Änderung. Immer Sonde!

1916: Immer das Gleiche. — Juli: Wiederholt Durchfälle. 31. Juli: gestorben, sprach kurz vor dem Tode plötzlich (nach fast 6 Jahren!) mit gebrochener Stimme, verlangt nach Wasser.

Die Sektion ergab keinerlei Tuberkulose.

Beim Durchlesen derartiger Krankengeschichten kann man sich doch sicherlich nicht des Eindrucks erwehren, daß Kranke mit solchem Verhalten allen Grund haben müßten, eine Tuberkulose zu blühendem Aufgehen zu veranlassen. Trotzdem keine Spur einer solchen!

Ähnlich war es bei den Epileptikern. Die Durchsicht der Krankenblätter ergab bei den Tuberkulösen ein Verhalten, das nach der allgemeinen Ansicht mit dem Entstehen der Tuberkulose in Zusammenhang hätte gebracht werden können in 32% der Fälle; aber auch bei den tuberkulosefreien Fällen fand sich derartiges in sogar über 60% der Fälle. Es sollen nur ganz kurz einige Notizen aus Krankengeschichten solcher tuberkulosefreien Epileptiker angeführt werden, um zu zeigen, was unter den Kranken mit solchem „Verhalten“ gemeint wurde.

Fall 1. Anstaltspflege vom 27.—35. Lebensjahre. Seit 18. Lebensjahre Epilepsie, wöchentlich 1 Anfall. Seit 24. Lebensjahre ca. 3 Anfälle wöchentlich. Geisteskrank seit 27. Lebensjahre: Wutanfälle, Verfolgungswahn, hört Stimmen. Nach vielen Anfällen ganz verwirrt.

Johannistal 1910: Dauernd viele Anfälle, Bett. Stumpf, teilnahmlos daliegend. — Immer viele Anfälle, stumpf, wird dabei immer hinfälliger. — Wie ein Automat! — Zusammengekrümmt im Bett vergraben. Ewig unter der Bettdecke! — Anfälle bis 20 im Monat.

Bedburg-Hau: Stumpf zu Bett. Plötzlich sehr verfallen. — Gestorben im Anfall.

Fall 2. R. Epileptisch seit 22. Lebensjahre. Anstaltspflege seit 29. Lebensjahre (Trauma!). Viele Anfälle, wechselnde Stimmung. — Stumpf zu Bett, unrein. — Unrein.

Bedburg-Hau: Stumpf zu Bett, unrein, reagiert auf nichts, viele Anfälle. Gestorben im Status epilepticus mit 48 Jahren.

Fall 3. K. Seit 13. Lebensjahre Epileptiker. Seit 21. Lebensjahre in Anstalten. Anfangs in Gärtnerei tätig. — Seit 34. Lebensjahr mehr Anfälle, meist benommen zu Bett. — Verwirrt in Siechenwachsaal. — Vorwiegend benommen. Bis 20 Anfälle. — Nur selten kurze Zeit auf, meist stumpf im Bett. — Gestorben im Status epilepticus (20 Anfälle!) mit 45 Jahren.



Fall 4. — F. Seit 17. Lebensjahre Epileptiker. P. Manchmal 4 Wochen anfallfrei. dann 10—12 Anfälle an einem Tage.

Seit 23. Lebensjahre bis zum 42. Lebensjahre in Anstalt. — Spricht von selbst nichts. Nicht zur Arbeit zu bewegen. — Stumpf und unorientiert. — Abstiniert. Sonde! — Ißt wieder allein. — Ab und zu durcheinander. Liegt mit gespanntem Gesichtsausdruck zu Bett, macht Zitterbewegungen mit Armen und Beinen. — Liegt viel unter der Bettdecke — abstiniert fast 8 Tage. — Milch und etwas Suppe. — Ißt regelmäßig. — Sitzt viel im Bett, macht stundenlang Schaukelbewegungen. — Abstiniert einige Tage. Fütterung mißlingt, Nähreinlauf.

Bedburg-Hau: Immer viele Anfälle mit anschließender Verwirrtheit. — Ende Juni 1912: 14 Tage nicht gegessen Sonde! — Oft Anfälle, gelegentlich mehrere Tage benommen zu Bett, oft unrein. — Ab und zu tagelang stuporös zu Bett, ißt dabei schlecht. — Gestorben im Status epilepticus.

Epileptische Kranke derart dürften sich m. E. im wesentlichen nicht von Dementia praecox-Kranken mit stuporösem usf. Verhalten unterscheiden. Und, wie gesagt, findet man derartiges bei über 60% der Epileptiker, die trotzdem keine Spur einer Tuberkulose bei der Sektion zeigten. Bei der Durchsicht der Krankenblätter der Paralytiker bot fast jede zweite Krankengeschichte derartiges.

Jedenfalls muß man aber, wenn man hört, daß solches Verhalten jahrelang bei einer sehr großen Anzahl Dementia praecox-Kranken und Epileptiker vorkommt, ohne daß sich eine Tuberkulose einstellt, doch sagen, daß solche Umstände nicht als wesentlichste Momente für das Entstehen der Tuberkulose zu gelten haben. Daß die Dementia praecox-Kranken so sehr der Tuberkulose zum Opfer fallen, hat sicherlich tiefere Gründe; welcher Art diese sind, ist natürlich eine andere Frage. Jedenfalls scheinen besondere Zusammenhänge zwischen der Dementia praecox und Tuberkulose, auch unabhängig von dem erwähnten Verhalten der Kranken, zu bestehen.

Wie schon erwähnt, gehen manche Autoren in dieser Hinsicht so weit, daß sie eine sehr enge Verbindung von Tuberkulose und Dementia praecox annehmen. *Alfesewsky* „nimmt eine tuberkulöse Ätiologie für manche Fälle von Katatonie an.“ — *Soutzo* jun. und *P. Dimitresco*, „Démence précoce et tuberculose“, fanden folgendes: „Abgesehen von der Häufigkeit der Tuberkulose in Anstalten, die die Fälle mit Dementia praecox wie alle andern beteiligt, scheint zwischen dieser Psychose und der Tuberkulose ein Zusammenhang zu bestehen. der aber über eine zufällige Koinzidenz hinausgehen würde. Um über die relative Häufigkeit der Tuberkulose bei den verschiedenen Formen der



Geisteskrankheiten Aufschluß zu erhalten, haben sich die Verfasser der klinischen Untersuchung der Tuberkulininjektion und der Ophthalmoreaktion bedient. Bei 87 Kranken mit Ausschluß der Dementia praecox wurde 26mal ein positiver, 23mal ein fraglicher, 40mal ein negativer Befund erhoben. Hingegen waren die Zahlen bei 63 Kranken mit Dementia praecox 42, bzw. 4 und 17, d. h. über 3%. Welcher Art die Bedingungen sind, die zu einer solchen Frequenz der Tuberkulose bei den Frühdementen führen, läßt sich nicht sagen. Es scheint aber, daß die Vergesellschaftung der Infektion und der Psychose in einem schweren Auftreten der letzteren ihren Ausdruck findet, was die Verfasser auf das Hinzutreten der Wirkung der bakteriellen Toxine auf das Zentralnervensystem zu dem organischen Prozeß der Dementia praecox beziehen." — In einem Referat von *Erwin Stransky* über eine Arbeit von *Dide* wird bezüglich der Dementia praecox gesagt: „Auffällig fand er auch, gleich früheren Beobachtern, Tuberkulose; er ist nicht geneigt, diese Koinzidenz auf bloß äußere Momente zurückzuführen."

Am zweithäufigsten war die Tuberkulose bei uns bei den Manisch-Depressiven. Da aber nur wenig Fälle zur Verfügung standen, kann hier der Zufall eine Rolle spielen.

Sehr häufig ist die Tuberkulose bei uns auch bei den Epileptikern. Aber auch hier gilt dasselbe, wie das bei den Manisch-Depressiven Gesagte. Jedenfalls fanden Autoren mit größerem Material — *Hahn*, *Habermaas* u. a. — die Tuberkulose seltener.

Sehr gering ist die Rolle, die die Tuberkulose bei unseren Senilen spielt. Daß das höhere Lebensalter durchaus kein Hindernis für das Entstehen der Tuberkulose bildet, ist schon erwähnt (*Cornet*, *v. Mehring*). Auch andere Autoren mit genügend großem Material haben dasselbe gefunden (*Ganter*, *Schröder*).

Auch bei den Paralytikern war bei uns wie auch bei andern die Tuberkulose selten.

Der Rest der zur Sektion Gekommenen hat nur wenig Tuberkulose. Irgendwelche Schlüsse für die einzelnen Gruppen betreffs der Tuberkulose zu ziehen, ist bei den wenigen Fällen natürlich nicht angängig. Nur als Ganzes genommen ist es auffällig, daß sich bei 44 Kranken nur 7mal Tuberkulose fand bei einem Gesamtdurchschnittsalter, das dem der Dementia praecox ungefähr gleichkam.

Zum Schluß noch einige Bemerkungen über die klinische Seite.

Allgemein ist zu sagen, daß die Erscheinungen der Tuberkulose meist wenig im allgemeinen Krankheitsbilde in den Vordergrund treten. Sehr auffällig ist, was auch *Mohr* erwähnt, wie selten die

Kranken husten. Die recht häufige Darmtuberkulose führt allerdings meist zu Durchfällen bei unseren Kranken. Körperliche Beschwerden werden äußerst selten vorgebracht. Da es sich doch meist um mehr oder weniger Verblödete oder Gehemmte handelt, ist das nicht besonders auffällig, vielleicht liegt es auch an der allgemeinen Indolenz Geisteskranker und ihrem ganzen passiven Verhalten. Schlechtes Aussehen der Kranken oder Gewichtsabnahme allein kann auch nicht immer einen Fingerzeig geben. Beides kommt oft genug bei Geisteskranken auch aus andern Gründen vor, da ja doch alle mehr oder weniger auch körperlich geschwächte Menschen sind. Schwankungen im Körpergewicht auch ohne Tuberkulose sind gerade bei Dementia praecox-Kranken, zumal Katatonikern, etwas Häufiges. Das beste Erkennungsmittel für die Tuberkulose ist das regelmäßige Messen der Körperwärme. Praktisch kommt für die Tuberkulose, wie aus allen Arbeiten hervorgeht, doch nur die Dementia praecox- und vielleicht die Epilepsie-Gruppe in Frage. Da fast die Hälfte der Dementia praecox-Kranken an Tuberkulose stirbt, muß man jeden auf der Siechenabteilung liegenden Kranken dieser Gruppe als im höchsten Grade der Tuberkulose verdächtig von vornherein ansehen und ihn, sobald die regelrechte Körperwärme nur für kurze Zeit überschritten wird, absondern. Vielleicht gelingt es dann wenigstens, die Tuberkulose bei einer größeren Zahl Kranker anderer Krankheitsgruppen zu verhindern. Scharf widersprechen muß man *m. E.* dem Vorschlage *M. Schröders*, den einzelnen tuberkulösen Dementia praecox-Kranken, um ihn selbst eventuell von seiner Tuberkulose zu heilen, möglichst in seine Familie zurückzubringen.

Fassen wir das Ergebnis der Arbeit zusammen, so ist zu sagen:

Die Tuberkulose ist in der Irrenanstalt außerordentlich häufig. Daß das Anstaltsleben bzw. die der Irrenanstalt eigenen Verhältnisse dafür hauptsächlich verantwortlich zu machen sind, scheint für unsere Verhältnisse nicht zuzutreffen. Es müßten dann, da doch für alle Geisteskranken dieselben Verhältnisse vorliegen, auch die Geisteskranken aller Krankheitsgruppen in gleicher Weise zahlenmäßig von der Tuberkulose befallen werden; in der Tat steuern aber zu der Tuberkulose in ganz unverhältnismäßiger Weise die Dementia praecox-Kranken bei. Zwischen dieser Krankheit und der Tuberkulose scheinen gewisse Beziehungen zu be-



stehen, die wir vor der Hand noch nicht kennen. Das durch die Geisteskrankheit dieser Gruppe veranlaßte unsinnige, unzweckmäßige Verhalten der Kranken, das meist und hauptsächlich für das Entstehen und weitere Umsichgreifen der Tuberkulose verantwortlich gemacht wird, scheint entschieden in seiner Bedeutung überschätzt zu werden, da ähnliche Umstände mindestens ebenso häufig einmal bei den nicht tuberkulösen Dementia praecox-Kranken, dann auch bei andern Geisteskrankheitsgruppen vorkommen, die trotzdem verhältnismäßig gefeit gegen Tuberkulose sind. Die Dementia praecox-Kranken sind, ebenso wie anscheinend die Epileptiker zum Teil, von vornherein und ohne weiteres als im höchsten Grade als der Tuberkulose verdächtig anzusehen. Mangels klinischer Erscheinungen der Tuberkulose sind diese Kranken, wenigstens unbedingt die bettlägerigen, regelmäßig zu messen und sobald, wenn auch für kurze Zeit die Körperwärme nur in etwa fieberhaft erhöht ist, rechtzeitig von den andern Kranken abzusondern.

Literatur.

1. *Ganter, R.*, Über die Todesursachen und andere pathologisch-anatomische Befunde bei Geisteskranken. Allg. Ztschr. f. Psych. 1909, 66. Bd.
2. *Schröder, M.*, Todesursachen schizophrener Frauen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1914, 25. Bd.
3. *Hahn, R.*, Über die Sterblichkeit, die Todesursachen und die Sektionsbefunde bei Epileptikern. Allg. Ztschr. f. Psych. 1912, 69. Bd.
4. *Käs*, Statistische Beobachtungen über Ausbruch, Verlauf, Dauer und Ausgang der allgemeinen Paralyse nebst eingehender Berücksichtigung der Befunde an der Leiche. Allg. Ztschr. f. Psych. 1895, 51. Bd.
5. *Heilbronner*, Über Krankheitsdauer und Todesursachen bei progressiver Paralyse. Allg. Ztschr. f. Psych. 1895, 51. Bd.
6. *Brehm*, Über die Todesfälle und Sektionsbefunde der Züricher kantonalen Irrenheilanstalt Burghölzli. Allg. Ztschr. f. Psych., 54. Bd.
7. *Banse* und *H. Roderburg*, Bemerkungen über die progressive Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der Halluzinationen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1914, 25. Bd.
8. *Junius* und *Arndt*, Beiträge zur Statistik der progressiven Paralyse. Arch. f. Psych. 1908, 44. Bd.
9. *Lucacs*, Zur Pathologie der progressiven Paralyse (Klinikai füzetek 1904, Bd. 12). Neurol. Ztlbl. 1905, S. 1061, Referat: *Hudovernig*-Budapest.



10. *Pilcz*, Beiträge zur Lehre von der progressiven Paralyse. Jahrb. f. Psychiatrie u. Neurol. XXV, 1904, S. 97. Autoreferat: Neurol.Ztlbl. 1905, S. 78.
11. *Weygandt*, Der Seelenzustand der Tuberkulösen. Med. Klin. 1912, Nr. 3 u. 4.
12. *Wulff*, Bemerkungen über das Vorkommen von Tuberkulose in den Idiotenanstalten. Allg. Ztschr. f. Psych. 1893, 49. Bd., S. 529.
13. *Bolte*, Les troubles psychiques des tuberculeux, Toulouse 1910. Ref.: *Allers*-München, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1910 (Referate).
14. *Werner*, *G.*, Über die Fortschritte des Irrenwesens. IV. Bericht. Halle a. S., Karl Marhold, 1912.
15. *Deventer* und *Benders*, Psych. en neurol. Bladen 1899.
16. *Kraepelin*, Psychiatrie, II. Bd. Leipzig, Joh. Ambrosius Barth, 1910.
17. *Pandy*, Die Irrenfürsorge in Europa. Deutsche Ausgabe, durchgesehen von Dr. *H. Engelken* jun., 3. Ausgabe. Berlin, Georg Reimer. 1908.
18. *Shaw*, The liability of the insane to tuberculo-infektion as demonstrated by an examination of the tuberculo-opsonic index (Journal of mental science 1907, Ref.: *E. Meyer*, Königsberg). Neurol. Ztlbl. 1908, S. 371.
19. *Habermaas*, Über die Prognose der Epilepsie. Allg. Ztschr. f. Psych. 1901, 58. Bd.
20. *Ammann*, *R.*, Die Erkrankung und Sterblichkeit an Epilepsie in der Schweiz, mit besonderer Berücksichtigung von 2159 Todesfällen an Epilepsie. Basel 1913, bei Benno Schwabe.
21. *Flügge*, *C.*, Handbuch der Hygiene, 7. Aufl. 1912, Verlag von Veit & Co., Leipzig.
22. *v. Mehring*, Lehrbuch der inneren Medizin, 6. Aufl. Gustav Fischer, Jena 1909.
23. *Soutzo* jun. et *P. Dimitresco*: Démence précoce et tuberculose, Annales médico-psychologiques 68, 380, 1910. Ref.: R. Allers, München, Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1911, II .Bd., Referate S.721.
24. *Dide*, La démence précoce est un syndrome toxiinfectieux subaigu ou chronique. (Revue neurol. 1905, Nr. 7.) Ref.: *E. Stransky*, Neurol. Ztlbl. 1903, S. 819.
25. *Mohr*, Über Infektionskrankheiten in Anstalten für Geisteskranke. Verhdlgn. der 84. ordentl. Vers. des psych. Vereins der Rheinprovinz am 14. 11. 1908 in Bonn. Allg. Ztschr. f. Psych. 1909, 66. Bd., S. 192.
26. *Goldberger*, *M.*, Die Rolle der Lungenschwindsucht bei Geisteskrankheiten (*Elme* — és ideghorten 1907, Nr. 4). Ref.: *Hudovernig*-Budapest. Neurol. Ztlbl. 1908, S. 371.

Kleinere Mitteilungen.

Selbstmordversuch und Krankenkassenleistung. — Die Frage, ob ein Selbstmörder nach mißglücktem Selbstmordversuch Anspruch auf Gewährung von Krankengeldern hat, hatte das Preußische Oberverwaltungsgericht seinerzeit bejaht, indem es davon ausging, daß unter vorsätzlich „absichtlich" zu verstehen sei, und deshalb die „Absicht" des Versicherten darauf gerichtet sein müsse, sich die die Arbeitsunfähigkeit bedingende Krankheit zuzuziehen, wenn § 192, 2 der Reichsversicherungsordnung Platz greifen solle. („Die Kasse kann Mitgliedern das Krankengeld versagen, wenn sie sich eine Krankheit vorsätzlich zugezogen haben.") Dies sei bei einem Selbstmordversuche nur dann der Fall, wenn der Versicherte gewußt habe oder habe wissen müssen, daß das von ihm zur Herbeiführung des Todes gewählte Mittel nicht unmittelbar den Tod, sondern überhaupt oder zunächst eine Erkrankung zur Folge haben würde. Abgesehen hiervon beabsichtige der Selbstmörder nur seinen Tod, nicht aber seine Erkrankung herbeizuführen. Im Gegensatz hierzu entschied das Reichsversicherungsamt, daß gemäß § 192, 2 der Reichsversicherungsordnung in einem solchen Falle der Verletzte gegen die Kasse keine Ansprüche erheben kann, und zwar aus folgenden Gründen: „Absicht" bedeutet die Richtung des Willens auf ein bestimmtes Ziel, welches erreicht werden soll. Sie geht somit weiter als der „Vorsatz", der auch diejenigen Tatumstände und Ereignisse umfaßt, die der Täter zwar nicht als sein Endziel beabsichtigt, wohl aber zur Erreichung des von ihm beabsichtigten Erfolges in seinen Willens- und Vorstellungsbereich mit aufgenommen hat. Der Selbstmörder weiß und hält sich vor Augen, daß er, um sein Vorhaben zu erreichen, die Unversehrtheit seines Körpers angreifen muß. Wer sich selbst töten will, hat mit Notwendigkeit auch den Vorsatz, sich körperlich zu verletzen. Deshalb hat er auch eine gegebenenfalls nur teilweise Zerstörung oder Beschädigung des Körpers in seine Vorstellung aufgenommen und gewollt, wenngleich der vorgestellte Haupterfolg, die völlige Zerstörung der körperlichen Unversehrtheit und die dadurch bedingte Vernichtung des Lebens, nicht eingetreten ist. Aus diesen Erwägungen wird man von dem Selbstmörder sagen können, daß er stets die Verletzung seines Körpers beabsichtigt, jene also „vorsätzlich" vorgenommen hat.



Wird er durch die Verletzung krank, so liegt eine vorsätzliche Körperverletzung vor, als deren Folge Krankheit eintritt. Das muß zur Anwendung des § 192 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung genügen. (Ärztl. Vereinsblatt vom 17. 2. 1917.)

Vorstehende Entscheidung des Reichsversicherungsamtes gibt zu Bedenken Anlaß, da sie in ihrer allgemeinen Fassung dem psychologischen Vorgang nicht entspricht und ihm selbst dann nicht gerecht wird, wenn dem Selbstmordversuch eine so gründliche und allseitige Überlegung voranging, wie sie die Entscheidung voraussetzt. Der Selbstmörder hat gewiß auch den Vorsatz, sich körperlich zu verletzen, aber er hat keineswegs mit Notwendigkeit „auch eine gegebenenfalls nur teilweise Zerstörung oder Beschädigung des Körpers in seine Vorstellung aufgenommen und gewollt“. Dies dürfte nur für die Fälle zutreffen, die das Preußische Oberverwaltungsgericht mit den Worten ausscheidet: „Wenn der Versicherte gewußt habe oder habe wissen müssen, daß das von ihm zur Herbeiführung des Todes gewählte Mittel nicht unmittelbar den Tod, sondern überhaupt oder zunächst eine Erkrankung zur Folge haben würde.“ In allen andern Fällen kann davon nicht die Rede sein, daß der Selbstmörder — immer vorausgesetzt, daß er ernsthaft den Selbstmord wollte — auch die bei ungeschickter oder sonst vereitelter Ausführung eintretende Krankheit in seinen Willen aufgenommen habe. Die körperliche Verletzung gilt ihm als Mittel zum Tode, nicht zur Krankheit, und sein Wollen geht nicht auf diese. Fraglich und nur im Einzelfall zu entscheiden bleibt daher bloß, ob er die „gegebenenfalls nur teilweise Zerstörung oder Beschädigung seines Körpers in seine Vorstellung aufgenommen hat“, aber auch dies nur dann, wenn hier mit der „Vorstellung“ nicht der „Vorsatz“ gemeint ist. Denn diese Vorstellung veranlaßt den ernsthaften Selbstmörder höchstens, seinen Vorsatz so abzuändern, daß ihm eine „nur teilweise Zerstörung oder Beschädigung des Körpers“ ausgeschlossen scheint; es handelt sich somit um eine Abwehr, um eine dem Vorsatz entgegenlaufende und nur in diesem Sinne von ihm berücksichtigte Vorstellung. Gelingt ihm die Absicht nicht, „wird er durch die Verletzung krank, so liegt“ zwar „eine vorsätzliche Körperverletzung vor, als deren Folge Krankheit eintritt“, aber diese Folge ist nicht bloß ungewollt, sondern liegt auch außerhalb des Vorsatzes und steht sogar im Widerspruch mit ihm. Jene Vorstellung genügt daher nicht zur Anwendung des § 192 Nr. 2 RVO. Der Schlußsatz der Entscheidung („das muß ... genügen“) scheint auch anzudeuten, daß der Verf. sich der Beweiskraft seiner Ausführungen nicht ganz sicher fühlte. Um aber nicht leichtsinnig und einseitig über eine Rechtsfrage zu urteilen, bat ich einen befreundeten Juristen um Mitteilung seiner Ansicht über obige Entscheidung und erhielt folgende Antwort:

„Der hier wiedergegebene Auszug der Entscheidung des Reichsversicherungsamtes — die mir in Tatbestand und Gründen nicht wörtlich



vorliegt — enthält unzutreffende Verallgemeinerungen und Schlüsse, mit denen man sich nicht einverstanden erklären kann. „Die Kasse kann Mitgliedern das Krankengeld versagen, wenn sie sich eine Krankheit vorsätzlich zugezogen haben.“ Eine Krankheit, nicht eine Körperverletzung. Die Körperverletzung, die der Selbstmörder sich beibringt, ist keine Krankheit, sondern es kann nur aus ihr der Zustand einer Krankheit entstehen. Das erkennt die Entscheidung am Schlusse an. Der Vorsatz des Selbstmörders geht — vielleicht — zunächst auf eine Körperverletzung. Das ist aber nicht nur eine Eigentümlichkeit des Selbstmörders. Wer sich die Hühneraugen ungeschickt schneidet, wer in die eigene Tötung einwilligt (§ 216 RStGB.), wer sich mit seiner Zustimmung operieren läßt, bringt sich vorsätzlich mit eigener Hand oder durch fremde Hilfe eine Körperverletzung bei. Trotzdem wird das RVA. nicht demjenigen das Krankengeld aus § 192 [2] RVO. entziehen wollen, der sich bei ungeschickter Selbstbehandlung eine Blutvergiftung zuzieht, weil er, um zur Heilung zu gelangen, die Körperverletzung „zur Erreichung des von ihm beabsichtigten Erfolges in seinen Willens- und Vorstellungsbereich mit aufgenommen hat“. Es kann auch nicht entgegengehalten werden, daß der Heilzweck dem Selbstmordzweck entgegengesetzt sei. Einmal ist der Selbstmord zweifellos die radikalste Beendigung jedes Leidens, sodann aber ist gerade nach RVA. der Eintritt der Krankheit infolge der Körperverletzung ohne Rücksicht auf den Beweggrund zu betrachten. Die falschen Folgerungen, die sich aus der allgemeinen Begründung des RVA. mit Notwendigkeit ergeben, beruhen auf einer falschen Auslegung des Begriffes des Vorsatzes. Vorsatz ist das Bewußtsein der Kausalität der Handlung. Wer trotz dieses Bewußtseins, daß sein Verhalten einen bestimmten Erfolg haben werde, welcher zum Tatbestand einer zivil- oder strafrechtlichen Bestimmung gehört, tätig wird oder untätig bleibt, handelt vorsätzlich. In diesem Sinne hat auch das Pr. Oberverwaltungsgericht an Stelle des „vorsätzlich“ „absichtlich“ verstanden. Der Vorsatz des Selbstmörders umfaßt den Willen zur Körperverletzung mit dem Bewußtsein, daß die Körperverletzung zum Tode führt. Hat er dies Bewußtsein nicht, so scheidet der Tatbestand als der eines nicht ernstlich gemeinten Selbstmordversuchs aus der Erörterung aus. Das Bewußtsein, daß die Körperverletzung zum Selbstmorde kausal wirkt, schließt aber das Bewußtsein aus, daß sie nicht hierzu, sondern zu einer Krankheit kausal wirkt, denn der ernstliche Wille zum Tode wird entweder das Bewußtsein des möglichen Eintritts der Krankheit gar nicht aufkommen lassen oder die subjektive Überzeugung des Selbstmörders festigen, daß ihm so etwas gar nicht passieren könne. Einer besonderen Feststellung würde es von Fall zu Fall bedürfen, daß der Täter sich des möglichen Eintritts der Krankheit bei Mißlingen des Selbstmordes bewußt gewesen sei und diesen Eintritt *auch für diesen Fall* gewollt haben würde (dolus eventualis). Diese Fälle dürften ganz außerordentlich selten sein.



Nicht ausreichend ist die Feststellung, daß der Selbstmörder an den möglichen Eintritt der Krankheit gedacht hat oder gar habe denken müssen. Denn im ersteren Falle stand neben der Vorstellung das Bewußtsein, diese Möglichkeit durch das beabsichtigte Handeln zu verhindern. Erlahmt im entscheidenden Moment die Willenskraft und steht nun das entstehende Leiden in dem Bewußtsein des Täters, so kann ihm dieser Dolus superveniens nicht schaden. Der zweite Fall würde klar nur den Begriff der Fahrlässigkeit erfüllen, durchaus gleichstehend mit dem, der sich bei Selbstbehandlung vorsätzlich verletzt, aber durch Unvorsichtigkeit krank macht.

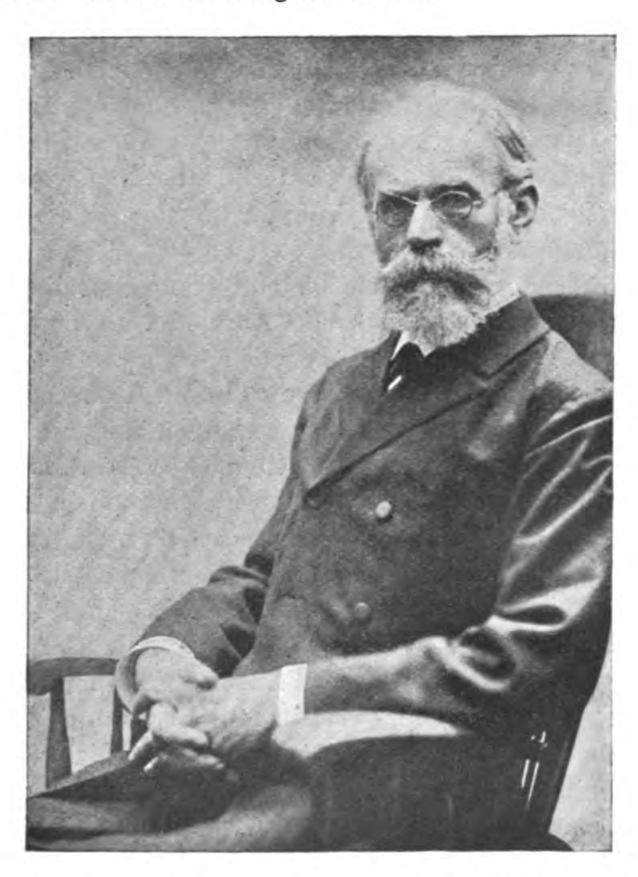
Eine besondere Bewertung verdienen die Fälle, in denen unschlüssige oder irgendwelche besonderen wirtschaftlichen oder gesellschaftlichen Folgen fürchtende Personen (Versicherungsbedingungen, Ruf der Familie) erst allmählich durch Herbeiführung eines längeren Siechtums ein ungewolltes Ende vortäuschen wollen. Bei ihnen ist der Vorsatz nicht nur auf eine Körperverletzung, sondern auf den Eintritt der Krankheit gerichtet. Das Motiv ist gleichgültig, wie es bei jeder Idealkonkurrenz unerheblich ist. Es sind die Fälle, von denen das Pr. Oberverwaltungsgericht sagt, der Versicherte habe gewußt („wissen müssen" ist m. E., wie bereits gesagt, unzutreffend), daß das gewählte Mittel zunächst keine Erkrankung zur Folge haben werde. Auf sie trifft § 192 [2] RVO. zweifellos zu. Ich bitte aber, hierzu in Gegensatz zu stellen die Ansicht des RVA., nach der z. B. ein Hysteriker, der die Pistole auf sich abdrückt, einen Versager erlebt und hierbei einen schweren Nervenschock mit dauernden Folgen bekommt, sich „vorsätzlich eine Krankheit beibringt" weil er die Pistole vorsätzlich abgedrückt hat, und nach der Herr v. Rothsattel (*Freytag*, Soll und Haben) durch seinen mißglückten Selbstmordversuch sich vorsätzlich des Augenlichts beraubt hat.

Die Rechtsprechung hat sich über ähnliche Fälle schon häufig geäußert. Der Stoff ist mir hier im Felde nicht zugänglich. Ich erinnere nur an *Baumgarten* (Lehre vom Versuch der Verbrechen. Stuttgart, 1888) zu § 216 RStGB.: „Der Vorsatz ist ausschließlich auf Tötung, nicht alternativ auf Verletzung gerichtet", und an *Olshausen*, der diese Ansicht mit der herrschenden Lehre durchaus billigt. Ferner weise ich hin auf die herrschende Lehre und Rechtsprechung zu § 81 MStGB. und § 142 RStGB (Selbstverstümmelung). Es ist bisher noch niemandem eingefallen, den Selbstmordversuch, der eine Selbstverstümmelung zur Folge hat, als vorsätzliche Selbstverstümmelung zu bestrafen. „Selbstmordversuch schließt Vorsatz der Selbstverstümmelung aus" (*Dietz*, Taschenbuch des Mil.-Rechts für Kriegszeiten, 2. Aufl., Rastatt 1913, S. 268; derselbe, MStR. 1916 S. 120; Romen-Rissom, MStGB., 2. Aufl. 1916, S. 323, Note 2 zu § 81). Die bei *Dietz*, Taschenbuch S. 268 mitgeteilte Allerh. Kabinettsorder aus 1911 sagt daher auch: „Versuch des Selbstmordes ist nicht strafbar, ist auch kein Bruch des Fahneneides. Er kann kein ehren-

gerichtliches Verfahren nach sich ziehen, es müßten denn besondere Nebenumstände es erfordern." Diese Allerh. Kabinettsorder erfaßt klar die menschliche Seite der Angelegenheit und hat Verständnis für die psychische Verfassung des Unglücklichen, der seinem Leben und damit allen Schmerzen und Krankheiten ein Ziel setzen, nicht aber sich eine Rente erobern will. Gerichtsassessor Dr. *Jaeger*, z. Z. in Nisch."

H. L.

Nekrolog Grashey. — Am 24. August 1914 starb zu München der Geheime Rat Professor Dr. *Hubert v. Grashey*, der lange Jahre in der Redaktion dieser Zeitschrift mitgewirkt hat.



Hubert Grashey wurde am 25. August 1839 zu Grönenbach in Schwaben geboren. Er besuchte das Gymnasium zu Augsburg und studierte in Würzburg unter *Kölliker*, *Scanzoni*, *Bamberger*, *Linhart* und *Rinecker*. 1867 promovierte er zum Doktor der Medizin. Seine Inauguraldissertation handelte von den Cholerafällen, die im Jahre 1866 im Juliusspital zur Beobachtung gekommen waren. Diese Arbeit behandelte neben dem klinischen Teil die Entstehung der Cholera auf dem Boden Würzburgs nach den von *Pettenkofer* aufgestellten Grundsätzen. *Pettenkofer*



selbst bezeichnete die Dissertation als mustergültig. Nach seiner Approbation wurde *Grashey* Assistenzarzt bei *Rinecker* in der Irrenabteilung des Juliusspitals. Zu seiner Fortbildung besuchte er auch die Klinik *Meynerts* in Wien. Sodann wurde er Hilfsarzt und später Oberarzt an der Kreisirrenanstalt zu Werneck, die damals unter der Leitung *Bernhard Guddens* stand. Später wurde *Grashey* Direktor der niederbayerischen Kreisirrenanstalt zu Deggendorf. Nach *Rineckers* Tode wurde er 1884 als Professor der Psychiatrie und Oberarzt am Juliusspital nach Würzburg berufen. Im Juni 1886 wurde er beauftragt, bei der Begutachtung des unglücklichen Königs Ludwig II. mitzuwirken. Die Tätigkeit der hierzu berufenen Sachverständigen, den weiteren Verlauf der Angelegenheit und das tragische Ende des Königs und *Guddens* hat *Grashey* selbst im Archiv für Psychiatrie (Bd. 17, H. 3) ausführlich beschrieben. Als Nachfolger *Guddens* wurde *Grashey* nach München berufen. Er wirkte dort als Professor der Psychiatrie an der Kreisirrenanstalt, zugleich auch als Arzt des Königs Otto, bis er 1897 als Nachfolger *Kerschensteiners* als Vorstand des Medizinalwesens in das Ministerium berufen wurde. Im Jahre 1909 ging er in Pension, und im Frühjahr 1914 legte er auch sein Amt als Arzt des Königs nieder.

Sowohl in der Forschung wie im Unterrichte strebte *Grashey* stets nach dem höchsten Grade von Klarheit. Am liebsten arbeitete er in physikalischen Experimenten. Darauf beruhen seine ausgedehnten Untersuchungen über die Bewegung von Flüssigkeiten in Röhren, dann in elastischen Röhren, und die Anwendung der Ergebnisse auf die Bewegung des Blutes in der Schädel- und Rückgratshöhle. Verwandt damit sind die sphygmographischen Untersuchungen des Pulses bei Geisteskranken (Arch. f. Psych. Bd. 13). Auf einem andern Gebiete lag die 1884 erfolgte Veröffentlichung über Aphasie und ihre Beziehungen zur Wahrnehmung (Arch. Bd. 16); auch hier bewährt er eine große Klarheit und Schärfe der Untersuchung. Ein großes Verdienst erwarb sich *Grashey* durch die Herausgabe der gesammelten und hinterlassenen Abhandlungen *Bernhard v. Guddens* mit 41 Kupfertafeln (Wiesbaden, Bergmann, 1889).

Im klinischen Unterrichte liebte *Grashey* es, nicht eine Fülle von Material vorzuführen, sondern er behandelte einen einzelnen Fall so gründlich, daß jedem Zuhörer ein klares Krankheitsbild mit allen Einzelheiten vor die Augen gestellt wurde. Es war eine Freude, zu beobachten, wie er oft einen jungen Praktikanten aus verworrenen, unklaren Anschauungen langsam und stetig fortführte bis zu einem klaren Verständnis des Krankheitsfalles.

So hat *Grashey* sowohl durch seine Forschung wie durch seinen Unterricht viel dazu beigetragen, Licht über die psychischen Krankheiten zu verbreiten. Seine Fachgenossen und besonders seine Schüler werden ihm ein dankbares Andenken bewahren.

O. Snell-Lüneburg.



Der Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie hat beschlossen, für Ende April 1918 zu einer Versammlung in Würzburg einzuladen, die vorläufig als außerordentliche in Aussicht genommen ist. Geschäftliche Angelegenheiten sollen, soweit irgend angängig, für die nächstfolgende Versammlung zurückgestellt werden. Doch besteht die Absicht, eine Änderung des § 7 Absatz 4 der Satzung für eine spätere Beschlußfassung vorzubereiten in der Richtung, daß durch eine Begrenzung der Amtsdauer der Vorstandmitglieder ein häufigerer Wechsel in der Zusammensetzung des Vorstandes erreicht wird. Als einziger Gegenstand der Berichte ist vorgesehen: Folgen der Hirnverletzungen und ihre Behandlung, und zwar hat *Forster*-Berlin die Einführung in die allgemeine Pathologie, *Kleist*-Rostock in die Lokalisation, *Reichardt*-Würzburg in die Hirnschwellung und *Goldstein*-Frankfurt a. M. in die Behandlung und Fürsorge übernommen. Da eine eingehende Besprechung erwünscht und zu erwarten ist, dürfte für besondere Vorträge die Zeit mangeln.

Personalnachrichten.

Dr. *Karl Knörr*, San.-Rat, bisher Dir. in Teupitz, ist Direktor der Landesanstalt Neuruppin,

Dr. *Hugo Wörnlein*, Oberarzt in Sorau, Direktor der Landesanstalt Teupitz,

Dr. *Friedrich Ostmann* und

Dr. *Straub* in Neustadt (Holstein), sowie

Dr. *Lothar Stemmler* in Colditz, sind Oberärzte geworden.

Dr. *Erich Noack*, Oberarzt, wurde von Teupitz nach Neuruppin versetzt.

Dr. *Theodor Ziehen*, Geh. Med.-Rat, der seit 1912 nach Niederlegung seiner Berliner Professur in Wiesbaden psychologischen und erkenntnistheoretischen Studien lebt, hat einen Ruf als o. Prof. der Philosophie nach Halle erhalten und angenommen.

Dr. *Georg Ilberg*, Obermedizinalrat, Dir. d. Sonnensteins, ist zum Geh. Medizinalrat,

Dr. *Paul Nitsche*, stellvertr. Dir. d. Sonnensteins,

Dr. *Otto Arnemann*, Oberarzt in Hubertusburg, und

Dr. *Paul Nerlich*, Oberarzt in Großschweidnitz, sind zu Medizinalräten,

Dr. *Leonhard Rösen*, Oberarzt in Görden,

Dr. *Wilhelm Richstein*, Oberarzt in Neuruppin,

Dr. *Hugo Wörnlein*, Oberarzt in Sorau,

Dr. *Friedrich Reich*, Oberarzt in Buch,

Dr. *Karl Westphal*, Oberarzt in Wuhlgarten,

Dr. *Hans Havemann*, Oberarzt in Tapiau,

Dr. *Ernst Winckler*, Oberarzt in Bethel bei Bielefeld,



Dr. *Wendelin Herwig*, leit. Arzt der Idiotenanstalt in Niedermarsberg,
Dr. *Gustav Brunner*, leitender Arzt der Privatanstalt Neuemühle bei Cassel, und
Dr. *Peter Neu*, Oberarzt in Galkhausen, zu Sanitätsräten,
Dr. *Josef Berze*, Dir. d. Landesanstalt Klosterneuburg, und
Dr. *Josef Quirchtmayer*, Dir. d. Landesanstalt Gugging, zu Regierungsräten ernannt worden.
Dr. *Franz Viedenz*, Oberarzt in Eberswalde, hat das Eiserne Kreuz 1. Kl.,
Dr. *Ernst Böck*, Dir. d. Landesanstalt Troppau, den Orden der Eisernen Krone 3. Kl.,
Dr. *Adolf Friedländer*, Prof. u. Hofrat, Dir. d. Privatanstalt Hohe Mark, das Mecklenburgische Kriegskreuz und das Österr. Ehrenzeichen 2. Kl. vom Roten Kreuz mit der Kriegsdekoration,
Dr. *Friedrich Vocke*, Obermed.-Rat, Dir. von Eglfing, den Verdienstorden vom hl. Michael 3 Kl.,
Dr. *Franz Sendtner* u. Dr. *Wilhelm Korte*, Oberärzte in Eglfing, den Verdienstorden vom hl. Michael 4. Kl.,
Dr. *Paul Rentsch*, Oberarzt auf dem Sonnenstein, und
Dr. *Gustav A. Hecker*, San.-Rat, dir. Arzt der städtischen Heilanstalt Dresden, das Ritterkreuz 1. Kl. des Albrechtordens erhalten.
Dr. *Georg Pförringer*, Abt.-Arzt an der staatl. Anstalt Friedrichsberg in Hamburg ist am 24. April an schwerer Cerebrospinalerkrankung,
Dr. *Albert Eulenburg*, Geh. Med.-Rat und ao. Prof. in Berlin, nach mehrmonatigem Krankenlager, 76 Jahre alt, am 3. Juli,
Dr. *Adolf Stoltenhoff*, Geh. San.-Rat, Dir. der Prov.-Anstalt Kortau bei Allenstein, am 7. Juli gestorben.
Dr. *Eberhard Rauch*, Oberarzt in Landsberg, Inhaber des Eisernen Kreuzes 1. Kl., ist im April bei einem Sturmangriff im Westen,
Dr. *Otto Ranke*, ao. Prof. in Heidelberg, ist als Bataillonsarzt auf dem Felde der Ehre gefallen.





ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BONHOEFFER UND **KREUSER**
BERLIN WINNENTAL

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

DREIUNDSIEBZIGSTER BAND
SECHSTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 16. OKTOBER



BERLIN W. 10
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1917

Preis des Bandes von 8 Heften (6 Hefte Originalien und 2 Hefte Literaturbericht) 32 Mark.


Heilanstalt Pützchen gegenüber Bonn am Rhein
Privat-Heil- u. Pflegeanstalt für Nerven- u. Gemütskranke der gebildeten Stände. 3 Ärzte.
Telefon № 229 Amt Bonn ··· Dr. A. Peipers, leitender Arzt und Besitzer

Die Psychosen und Neurosen bei der Bevölkerung Kurlands.

Von

Dr. **Harald Siebert,** Nervenarzt und leit. Arzt der psychiatr. Abteilung am Stadtkrankenhause in Libau.

Einleitung. — Das innige und enge Zusammenleben vieler Völkerschaften bezw. Rassen auf einem verhältnismäßig begrenzten Territorium bringt es unwillkürlich mit sich, daß man den individuellen Eigenschaften einer jeden solchen Menschengruppe besondere Aufmerksamkeit schenkt. Von diesem Gesichtspunkte aus haben sich sowohl eine anthropologisch-morphologische Betrachtungsweise, als auch eine soziologisch-ökonomische, eine sprachliche und noch viele andere entwickelt. Naturgemäß kann auch der Arzt, welcher in einem solchen Lande seine Tätigkeit ausübt und durch seinen Beobachtungskreis Personen der verschiedensten Völkerschaften ziehen sieht, auf dem Gebiet der Krankheitslehre vergleichende Untersuchungen anstellen. Hierbei darf sich jedoch niemand die großen objektiven und subjektiven Schwierigkeiten verhehlen, welche eine solche Betrachtungsweise leicht zu einer überaus fehlerhaften machen können. Da stellt z. B. eine Volksart gewissermaßen die Oberschicht der Gesellschaft dar, welche durch größere Bildung und ihren Wohlstand vor einer anderen den Vorzug vom rein sozialen Standpunkt aus besitzt, während jene vielleicht wiederum lediglich die Arbeiterschaft oder die Bauernschaft repräsentiert. Andererseits ist es unvermeidlich, daß in Ländern mit gemischten Nationalitäten sich neben den allgemein bekannten wirtschaftlichen Kämpfen denselben teils subordinierte, teils koordinierte rein nationale Streitigkeiten abspielen. Daß

bei solchen Momenten leider nur zu häufig rein soziale Auswüchse und Schattenseiten aus Gründen mangelhafter Kritik fälschlicherweise als nationale Eigentümlichkeiten der einen oder der anderen Volksart angesprochen werden, ist eine Tatsache, welche nur zu oft einen stark die Beobachtung trübenden Einfluß ausübt, sie verdient aber immerhin hervorgehoben zu werden, da man ein präzises Maß in der Beurteilung dieser Fragen nicht anlegen kann und die subjektive Auffassungsgrenze wohl vielfach in den weitesten Graden einer Schwankung unterworfen sein dürfte. Trotz aller solcher Bedenken bleibt sicherlich eine ganze Reihe von Eigenschaften bestehen, welche der einen oder der anderen Rasse oder Nationalität als spezifisch zugesprochen werden muß, und gerade auf diesem Gebiet erscheinen die psychisch-nervösen Krankheiten insofern ein recht dankbares Objekt darzustellen, als durch die Beschäftigung mit ihnen und die Erkenntnis der einzelnen Fälle gerade das Studium des Charakters und der Persönlichkeit gefördert wird. Als selbstverständlich muß natürlich auch nur das objektivste Urteil des Arztes in Frage kommen, doch spielt der Arzt bei all diesen die einzelnen Menschenarten trennenden Fragen sicherlich eine mehr vermittelnde und ausgleichende, als gerade entzweiende Rolle.

Ich habe bereits früher darauf hingewiesen [1]), daß ich mich in systematischer Weise mit der vergleichenden Betrachtung psycho-neurotischer Zustände der einzelnen Nationalitäten beschäftige, welche Kurland (und Litauen) bewohnen und dadurch in großer Anzahl in meinen Beobachtungskreis gelangen, glaubte jedoch noch einige Jahre darüber verstreichen lassen zu sollen, ehe ich an die Zusammenstellung der Arbeit schritt, um das Material noch größer und vielseitiger zu gestalten, aber auch um eventuelle vorgefaßte Meinungen, die einer strengen Kritik nicht standhalten, abzustreifen. Ob ich nun auch in meinen Ansichten einen richtigen Weg gehe und das Wesentliche vom Unwesentlichen herauszuschälen vermocht habe, wage ich nicht zu untersuchen. — Eine andere Frage, die vielleicht auch gestellt werden könnte, wäre die, welchen Zweck solche Betrachtungen an und für sich besitzen, und welches wissenschaftliche Interesse sie wohl beanspruchen dürften. Hierin glaube ich nun einen solchen eventuellen Einwand dahin beantworten zu können, daß gerade der Weltkrieg die einzelnen Völkerschaften einander doch

[1]) *H. Siebert*, Einige Bemerkungen über die allgemeinen Neurosen. Mtschr. f. Psych. XXXV, H. 4, S. 395.



insofern genähert hat, daß ganze Länder mit ihrer Einwohnerschaft, welche bis dahin oft kaum dem Namen nach bekannt waren, jetzt von einem anderen, viel weiteren Gesichtspunkt aus angesehen werden. Bei meinen Ausführungen beabsichtigte ich eigentlich die Gesamtbevölkerung der Ostseeprovinzen dem Versuch einer vergleichenden Analyse in bezug auf ihre psychisch-nervösen Störungen hin zu unterziehen, ich muß darin aber hinsichtlich der Esten Abstand nehmen. Obgleich ich im Laufe von drei Jahren als Arzt der Livländischen Heil- und Pflegeanstalt „Stackeln" hinlänglich Zeit und Gelegenheit fand, die Eigenheiten der psychisch-nervösen Krankheiten bei den Esten zu studieren und dieselben mit denjenigen der Deutschen, Letten und Russen zu vergleichen, muß ich jetzt doch davon Abstand nehmen, da ich durch den Krieg der Möglichkeit beraubt bin, in den Besitz des gesamten Stackelnschen Materials zu gelangen. So sollen denn diese Ausführungen sich lediglich mit Vergleichen an Deutschen, Letten, Litauern, Juden und Russen beschäftigen; die anderen Völkerschaften, welche Kurland bewohnen, kommen ihrer geringen Zahl wegen überhaupt nicht in Frage.

Es sollen in erster Linie betrachtet werden die manischen und melancholischen Psychosen, die Dementia praecox, die Epilepsie, die angeborenen Schwachsinnformen und die allgemeinen Neurosen in ihren schwersten Formen, soweit sie dann eben Objekte der Psychiatrie werden, als endogene Störungen psychischen Geschehens, die progressive Paralyse und die alkoholischen Seelenstörungen — als exogene Formen des Irreseins. Diese erst zu schildernden Krankheitszustände sind sämtlich Objekte der Anstaltspsychiatrie gewesen. In zweiter Linie werden summarisch die allgemeinen Neurosen degenerativen Charakters der Besprechung unterzogen werden, welche meist in ambulanter Beobachtung untersucht wurden. Die Gesamtzeit für die Entstehung der Auffassung umfaßt neun Jahre. — Es dürfte nun noch an dieser Stelle erwähnt werden, daß das Material der Ostseeprovinzen an psychischen und nervösen Krankheiten in qualitativer Hinsicht ein immerhin reiches sein muß — vielleicht gerade durch den bunten Wechesl der Nationalitäten —, sind doch gerade hierzulande in früherer und jetziger Zeit viele einschlägige Arbeiten auf diesem Gebiet entstanden. Ich erwähne die psychiatrischen Schriften von *Tiling*, *Mercklin*, *A. Behr* und *J. Schröder*, ferner die Abhandlungen von *C. Dehio*, *Val. Holst*, *Unverricht*, *Sokolowsky*, meinem Vater *C. Siebert*, *Ed. Schwarz* u. a. auf dem Gebiet der allgemeinen Neurosen, welche zum Teil in der deutschen Petersburger medizinischen Zeit-

schrift, zum Teil in den deutschen fachärztlichen Blättern veröffentlicht worden sind.

In den Ausführungen, die weiter unten folgen sollen, wird es in jeder Hinsicht vermieden werden, Zustandsbilder zu schildern, welche in irgendeiner Weise durch den Krieg hervorgerufen worden sind, hierauf ist grundsätzlich Verzicht geleistet worden. Ferner muß berücksichtigt werden, daß alle zahlenmäßig oder prozentuell ausgedrückten Daten sich auf die Zeit vor dem Kriege beziehen.

Allgemeine Vorbemerkungen. — Im wesentlichen kommt das Material der Stadt Libau in Betracht, deren Einwohnerzahl vor dem Kriege nahe an 100 000 betrug; nach oberflächlicher Schätzung waren davon 38 000 Letten, 20 000 Litauer, 15 000 Juden, 12 000 Deutsche und 8000 Russen, der Rest wurde von den verschiedenartigsten Völkerschaften gebildet. Neben den aus diesen Einwohnergruppen sich zusammensetzenden Objekten gelangten in früherer Zeit noch viele psychisch-nervöse Affektionen aus Westkurland und Litauen, speziell dem nördlichen Teil desselben, zur Beobachtung, sowie die in den Sommermonaten in reichlicher Anzahl das Seebad aufsuchenden Kranken. Die Grundlage für die Bildung der vergleichenden Auffassung wurde durch das vorhandene klinische Material aus der psychiatrischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses und der Nervenabteilung einer Privatklinik einerseits, durch Sprechstundentätigkeit und poliklinische Beobachtung andererseits gebildet. Die aus diesen Erfahrungen heraus gewonnenen Resultate sind dann später gesichtet worden, um den Versuch einer theoretischen Darstellung vorzunehmen. Am eindruckvollsten erscheint es jedenfalls, wenn man im engen Nebeneinanderleben oder Nebeneinanderliegen die einzelnen Nationalitäten in klinischer Behandlung studieren kann; durch einen solchen Betrachtungsmodus wird unzweifelhaft die Gesamtauffassung am meisten gefördert, während eine poliklinische Kenntnis der Zustandsbilder hinsichtlich der nationalen Vergleiche für individuelle Momente die beste Aussicht gewährt. — Der Mangel an Anstalten für Psychischkranke, speziell in Kurland [1]), bringt es ferner mit sich, daß der Arzt in die Lage gesetzt wird, den Verlauf von Psychosen auch außerhalb der Anstalt zu beobachten, also oft gewissermaßen Kunstprodukte einer unzweckmäßigen Behandlung und Pflege zu Gesicht bekommt, wie solches in Westeuropa wohl kaum mehr der Fall sein dürfte. Dieser Umstand bedingt es wiederum, daß man einzelne familiäre und nationale Eigenschaften der Angehörigen der Kranken aufs beste kennenlernen kann. Ob in den hier erwähnten Länderbezirken

[1]) *H. Siebert*, Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 72, H. 4 u. 5.



mehr psychisch-nervöse Störungen vorkommen als in anderen Ländern, wird überhaupt nicht beantwortet werden können, neben der an sich sehr schwer diskutierbaren Frage dürften vor allen Dingen die äußerst mangelhaften Statistiken den Ausschlag geben. —

Die deutsche Bevölkerung bildet in Kurland (sowie auch in Liv- und Estland) gesellschaftlich die Oberschicht; aus deutschen Elementen setzen sich zusammen die Großgrundbesitzer, welche zum größten Teil dem Landadel angehören, die studierten Berufsschichten in Stadt und Land, die Großkaufmannschaft, die leitenden und mittleren Stellungen in der Industrie, das Handwerk, das Gewerbe und die kleinen nicht genau präzisierbaren Beschäftigungszweige. Seit etwa zehn Jahren kamen dazu noch mehrere Tausend deutscher Ackerbauern, sogenannte Kolonisten, die aus den inneren Gouvernements des russischen Reiches nach Kurland übersiedelten, wo sie teils als Ackerbauern, teils als kleine Grundbesitzer sich ansiedelten.

Die Letten stellen allgemein die Bauernschaft des Landes dar. Fast der ganze Kleingrundbesitz Kurlands befindet sich im Besitz der Letten. In den Städten bilden sie numerisch den größten Teil der Bevölkerung, so daß sie bereits in vielen kleinen Ortschaften politisch die führende Rolle spielten. Auch ein Teil der studierten Berufe rekrutiert sich aus den Letten, ferner der Kleinhandel, das Handwerk und das Gros des Fabrikarbeitertums.

Bei den Juden müssen einige Momente besonders berücksichtigt werden; während in Kurland die jüdischen Elemente meist eingesessene Kaufmanns- und Handwerkerfamilien darstellen, die über bedingt gute Schulbildung verfügen und aus ihrer Mitte eine ganze Reihe den gelehrten Berufen sich widmender Persönlichkeiten hervorgehen lassen, bilden die litauischen Juden ein kulturell weit niedriger stehendes Element, so daß Analphabeten z. B. unter ihnen nicht selten sind.

Bei den Litauern überwiegt der Kleinhandel und das Fabrikarbeitertum in der Stadt, das Bauerntum auf dem Lande. In akademischen Berufen sah Kurland wenig Litauer, während gerade in den erst hervorgehobenen Professionen ein starker Zuwachs dieser Volksart innerhalb der letzten zehn Jahre in unserem Lande nachzuweisen war.

Die Russen, ihrer Herkunft nach an sich weit abgelegen, kamen meist nur als fremde Elemente ins Land; die höheren Beamtenkreise setzten sich fast ausschließlich aus Russen zusammen, dabei war ein stetes Kommen und Gehen die Regel. Gericht, Lehrstellen, Zoll, Post, Bahnwesen usw. wurden in leitenden und subalternen Stellen von Russen versehen, daneben waren die Russen in einigen Tausend Personen als sogenannte Schwarzarbeiter, d. h. als Arbeiter für die gröbsten, keine Detailkenntnisse erheischenden Dinge in Kurland vertreten.



Nicht jeder Leser wird sich bei Erwähnung dieser fünf Volksarten über die gegenseitigen Beziehungen zueinander vom rein rassischen Standpunkt aus klar sein, so daß hierin doch kurze erläuternde Bemerkungen als erwünscht erscheinen dürften. Wenn über die Volksart der Deutschen und Juden weiter keine Erklärungen notwendig sind, so erfordern doch die drei anderen Varietäten eine wesentlichere Betrachtung. *Ratzel*[1]) erwähnt, wenn von Völkerunterschieden unseres Erdteils die Rede ist, Germanen, Slawen und Romanen, wobei die Wissenschaft in letzter Zeit in Europa eine vierte über den Nationalitätsunterschieden stehende Gemeinschaft gebildet hat, die der Völker der finnischen Familie. Dieser Gruppe ural-altaischer Völker gehören auch die Esten an, welche als finnisch-ugrischen Ursprungs bezeichnet werden müssen und den Magyaren anscheinend verwandt sind. Sie bewohnen Estland und Nordlivland. Sie finden hier, wie bereits oben erwähnt wurde, als Volksstamm in der vergleichenden Betrachtung keine Berücksichtigung; ich hebe diese Volksart nur deshalb hervor, weil sie vielfach mit den Letten und Litauern gemeiniglich verwechselt und identifiziert wird. Lasse ich hierin einem der erprobtesten Kenner baltischer Art und baltischer Rassen- und Kulturverhältnisse, *S. Broedrich*[2]), das Wort, so erfahren wir: „Esten sowie Letten und Litauer sind nicht Slawen, sondern erstere wahrscheinlich von germanischer Urbevölkerung schon mit germanischem Blute erfüllt, so daß die spätere außerordentlich starke Blutmischung mit Schweden und Deutschen nicht mehr viel zu dem blonden, blauäugigen Typus des hochgewachsenen Volkes beigetragen hat; die lettisch-litauische Rasse ist wesensgleich mit der ausgestorbenen preußischen Urbevölkerung, ein indogermanischer Stamm, das Bindeglied zwischen Germanen und Slawen, mehr germanisch als slawisch. Diese Wesensverwandtschaft wäre nicht zu erklären, wenn Deutsche und Letten verschiedenen Rassen angehörten, denn jede Rasse besitzt ihr eigentümliches Gefühls- und Empfindungsleben, in das einzudringen dem Angehörigen einer fremden Rasse gar nicht oder doch nur höchst unvollkommen möglich ist. Nach *Virchows* Ansicht sind die lettischen Schädel am ehesten den Schädeln eines deutschen Reihengräberfeldes zu vergleichen.“ Erwähnt sei noch an dieser Stelle, daß *O. Waeber*[3]) in sei er Arbeit an einem großen lebenden Lettenmaterial die längliche Kopfform dieser Volksart nachwies. — Bezüglich der Russen muß darauf hingewiesen werden, daß dieser Begriff mehr ein politischer als ein rein völkischer ist. Abgesehen von der klar hervortretenden Dreiteilung in Groß-, Klein- und Weißrussen, bei der die Wesensverschiedenheit jeder ein-

---

[1]) *Ratzel*, Völkerkunde. III. Leipzig. Bibliographisches Institut.

[2]) *G. Broedrich*, Das neue Ostland. Charlottenburg 1916.

[3]) *O Waeber*, Beiträge zur Anthropologie der Letten. Diss. Dorpat 1879.

zelnen Art klar auf der Hand liegt, muß noch mit der starken Vermischung dieser Völker mit Mongolen und Turkvölkern gerechnet werden, wodurch die Gesamtauffassung über das Russentum als Volksart naturgemäß einen viel komplizierteren Charakter annimmt.

Wenn auch keine genauen Zahlenreihen zur Verfügung stehen, welche über die Einwohnerschaft Kurlands genauen Aufschluß geben — die letzte Volkszählung war im Jahre 1897 vorgenommen worden —, so sollen doch die zu Gebote vorliegenden Ziffern Erwähnung finden [1]. Demnach waren in Kurland ansässig: 51 017 (7,75 %) Deutsche; 505 994 (75,07 %) Letten; 38 276 (5,68 %) Russen; 36 219 (5,37 %) Litauer (und Polen); 37 689 (5,59 %) Juden; 4839 (0,72 %) andere Nationalitäten — in Summa 674 034 Köpfe. In der Zwischenzeit dürfte sich durch Zuzug der deutschen Kolonistenbauern und der litauischen Fabrikarbeiter (letztere wohl nach Libau) das Zahlenverhältnis doch in mancher Hinsicht verschoben haben, nähere Daten hierüber fehlen jedoch zurzeit überhaupt.

Psychische Störungen — Objekte der Anstaltsbehandlung.

Obgleich ich der psychiatrischen Abteilung in Libau erst 4½ Jahre vorstehe, habe ich das Material derselben auch aus einer früheren Zeit in der Weise statistisch zu verwerten gesucht, indem ich zwei Zeitabschnitte, und zwar die Jahre 1905 bis 1909 und 1910 bis 1914 einschließlich, derart in Frage gebracht habe, daß die Summe der jeweiligen innerhalb der entsprechenden fünf Jahre in die Abteilung aufgenommenen und behandelten Kranken wechselseitig in bezug auf Krankheitsform und Nationalität zergliedert wurde. Von der Darstellung der absoluten Zahlen habe ich Abstand genommen und der Übersicht halber lediglich die abgerundeten Vomhundertziffern mit ihren Dezimalteilen angeführt. Wenn auch eine solche Methode vom strengen Standpunkt der Genauigkeit aus durchaus anfechtbar erscheint, so beweist doch einerseits das recht offensichtliche Übereinstimmen der wichtigsten Krankheitsformen in beiden Zeitabschnitten, daß diese Auffassung jedenfalls dem Kern der Sache nicht fern liegt, andererseits hätte die Arbeit sonst einen unerwünschten und unbeabsichtigten Umfang erhalten; auch eine getrennte Betrachtung der Geschlechter ist aus letzterem Grunde unterblieben.

[1]) Baltische Bürgerkunde. Riga 1908.



Die weiter folgenden vier Tabellen geben die Übersicht über Krankheitsformen und Nationalitäten der in die psychiatrische Abteilung aufgenommenen Störungen; die exogenen einfachen Seelenstörungen, die Fieberdelirien und Intoxikationen sind von der Gesamtzahl der Krankenaufnahmen gestrichen worden.

In den Jahren 1905 bis 1909 einschließlich wurden aufgenommen 770 Personen.

Von den

(Tabelle I.)

	Deutschen %	Juden %	Letten %	Litauern %	Russen %
litten an:					
Manie	8,0	26,0	2,6	5,0	5,0
Melancholie	3,0	8,0	9,5	3,2	3,2
Dementia praecox	34,2	46,0	49,1	47,0	47,0
Paralysis progressiva	20,0	10,3	14,1	13,5	13,5
Delirium tremens	21,5	3,0	15,6	10,5	10,5
Epilepsie	8,0	—	3,8	7,0	7,0
allgemeinen Neurosen	5,3	1,7	4,6	12,0	12,0
angeborenem Schwachsinn	—	5,0	0,7	1,8	1,8
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Andererseits waren von den an

(Tabelle II.)

	Manie %	Melancholie %	Dementia praecox %	Paralysis progressiva %	Delirium tremens %	Epilepsie %	allgemeinen Neurosen %	angeborenem Schwachsinn %
leidenden Kranken ihrer Nationalität nach:								
Deutsche	20,6	9,0	10,4	24,0	25,0	35,0	18,0	—
Juden	51,2	21,0	16,6	10,0	4,0	—	4,0	60,0
Letten	13,7	52,0	50,3	38,0	41,0	35,0	32,0	20,0
Litauer	10,2	9,0	17,5	14,0	10,0	23,0	32,0	20,0
Russen	4,3	9,0	5,2	14,0	20,0	7,0	14,0	—
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

In den Jahren 1910 bis 1914 einschließlich wurden aufgenommen 886 Personen.

Von den

(Tabelle III.)

	Deutschen %	Juden %	Letten %	Litauern %	Russen %
litten an:					
Manie	8,0	46,0	4,0	6,7	5,0
Melancholie	2,0	—	9,5	4,0	2,2
Dementia praecox	34,0	40,0	42,5	41,8	24,4
Paralysis progressiva	21,5	7,8	6,0	8,1	21,6
Delirium tremens	26,5	—	26,0	20,4	41,4
Epilepsie	4,0	3,8	8,0	1,8	2,2
allgemeinen Neurosen	4,0	2,4	2,0	17,2	3,2
angeborenem Schwachsinn	—	—	2,0	—	—
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Von den an

(Tabelle IV.)

	Manie %	Melancholie %	Dementia praecox %	Paralysis progressiva %	Delirium tremens %	Epilepsie %	allgemeinen Neurosen %	angeborenem Schwachsinn %
leidenden Kranken waren ihrer Nationalität nach:								
Deutsche	13,0	4,0	13,0	34,0	19,0	12,0	13,0	—
Juden	52,1	—	20,0	8,0	—	8,0	8,0	—
Letten	17,6	79,5	44,0	26,0	49,0	70,0	13,0	100,0
Litauer	10,9	12,5	17,0	12,0	14,5	5,0	60,0	—
Russen	6,4	4,0	6,0	20,0	17,5	5,0	6,0	—
Summa	100,0	100,0	100‘0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

a) Manie und Melancholie. Die affektiven Seelenstörungen werden hier grundsätzlich nach der Komponente gesondert betrachtet, unter welcher sie in klinischer Beobachtung waren; auf diese Weise konnte in der tabellarischen Zusammenstellung eine Person z. B. zweimal unter der Krankheitsrubrik Manie und einmal unter Melancholie registriert werden. Bei Durchsicht der Tabellen nehmen die Juden

unter allen maniakalischen Kranken weitaues die erste Stelle ein, indem über die Hälfte aller dieser Psychosen auf die erwähnte Rasse entfällt; in dem Zeitabschnitt 1910 bis 1914 erweist sich die Manie überhaupt als die absolut häufigste psychische Affektion der Juden, während bei den anderen Nationalitäten keine besonders auffallenden Schwankungen im zahlenmäßigen Verhältnis zur Beobachtung gelangen. Die Manie der jüdischen Rasse äußert sich anscheinend in schwererer Ideenflucht, als bei den übrigen Völkerschaften, während der heitere Affekt gegenüber dem erstgenannten Symptom stark in den Hintergrund tritt. Von sonstigen auffälligen Symptomen sei nur noch die groteske Schamlosigkeit fast aller maniakalischen litauischen weiblichen Kranken hervorgehoben, welche sogar unter dem Pflegepersonal als sprichwörtlich gilt. Es liegt hier ja naturgemäß eine Nivellierung der normalerweise überwertigen Vorstellungen im Sinne *Wernicke*s vor, wie sie ja schließlich bei allen Geistesstörungen und bei der Manie besonders zur Beobachtung kommt, doch scheint hierin vielleicht doch mehr als lediglich ein zufälliges Ereignis zu stecken. Die Dauer des Krankheitsprozesses erwies sich als überaus schwankend, worin jedenfalls weder ein nationales, noch ein soziales Moment von irgendeinem Einfluß zu sein schien. Auch die manischen Erkrankungen der Deutschen, Letten und Russen verliefen teils in typischer, teils in atypischer Form, wiesen aber untereinander keine beachtenswerten Differenzen auf.

Gehen wir zum direkten klinischen Gegensatz der Manie, zur Melancholie über, so überrascht sofort bei Ansicht der Tabellen III und IV das Fehlen jeder melancholischen Störung bei den Juden, sowie auf allen Tabellen der niedrige Prozentsatz bei den Deutschen. Diese Tatsache darf inde nicht als schlagender Beweis angesehen werden, sondern erklärt sich aus dem Umstande, daß gerade bei anscheinend leichteren depressiven Zuständen die Angehörigen der wohlhabenderen Gesellschaftsschichten den Versuch einer häuslichen Behandlung anstrengen oder aber Sanatorien zur Behandlung der erkrankten Familienglieder heranziehen, von der Voraussetzung ausgehend oder sie gar auf fälschlichen Erfahrungen früherer Zeiten basierend, daß der Aufenthalt in einer öffentlichen oder geschlossenen Anstalt rein psychologisch die Krankheit verschlimmern könne. Während bei der Erregung und der Schwatzhaftigkeit manischer Kranker solche Bedenken den



Angehörigen weniger kommen, da die Anwesenheit solcher Personen im Hause unbedingt sehr störend empfunden werden muß, halten gerade ruhige Depressionen nicht selten den Entschluß zur Anstaltsverbringung zurück. Neben all dem bleibt bei den Letten numerisch das weitaus größte Übergewicht bezüglich der melancholischen Störungen bestehen; innerhalb dieser Volksart hält sich die Zahl in der Vomhundertberechnung so ziemlich auf der gleichen Höhe. Die lettischen Melancholien sind scheinbar schwer, von starkem traurigem Affekt begleitet; die Angst tritt jedenfalls gegenüber dem traurigen Affekt wesentlich in den Hintergrund. Meist sind es von Hause aus begabte, aber durchaus depressiv veranlagte, vielfach konstitutionell verstimmte Persönlichkeiten, bei welchen die schwere melancholische Phase dann lediglich die Exazerbation vorbestehender krankhafter Momente darstellt, bei anderen setzt die Psychose wiederum gänzlich unvermittelt ein. Selbstmordneigung ist bei den Letten stark, nicht selten erfährt man von ehemaligen geheilten Kranken, daß sie nach Jahren oder Monaten plötzlich sich das Leben genommen. Die Deutschen und Juden zeigen in den affektiven Depressionsstadien diese Neigung weniger, bei den Russen und Litauern scheint sie sehr gering vorhanden zu sein. Dagegen haben diese Nationalitäten keineswegs überwiegend den traurigen Affekt im Verlauf ihrer melancholischen Störungen aufzuweisen, der Affekt der Angst bildet, sei es im Gemisch, sei es in selbständiger Form, ein ebenso häufiges Symptom der melancholischen Verstimmung. Neben den rein affektiven Seiten, also den Grundkomponenten, müssen noch die somatopsychischen Störungen Erwähnung finden, welchen die Letten in ihren melancholischen Zuständen in stärkstem Maße unterworfen sind. Es erscheint mir unzweifelhaft, daß sie den schweren Körperwahnvorstellungen ausgiebiger unterliegen, als die anderen beobachteten Kranken, deren abnorme melancholische Ideenkomplexe reichlich so viel auf allopsychischen Störungen beruhen. Diese Erscheinung dürfte darin zu suchen sein, daß bei der lettischen Nation überhaupt ein starker hypochondrischer Einschlag sich zeigt, worauf noch weiter unten eingegangen werden wird; entsteht nun auf der endogenen Grundlage eine melancholische Störung, so entwickelt sich eben aus der primären hypochondrischen Auffassung die melancholische Körperwahnvorstellung in ihrer schwersten Form.



In bezug auf eine vergleichende Betrachtung kann nur noch erwähnt werden, daß ich Dipsomanien als Symptom der Melancholie ausschließlich bei Deutschen und Russen beobachtet habe. Da jedoch solch eine klinische Erscheinung immerhin zu den Seltenheiten gerechnet werden muß, soll dieselbe lediglich zur Registrierung der Tatsache herangezogen werden. Hereditäre Momente konnten bei den affektiven Seelenstörungen lediglich in einzelnen Fällen, zudem nur bei Deutschen und Juden, erbracht werden.

b) Dementia praecox. Im Gegensatz zu den affektiven Erkrankungen, bei welchem eigentlich nur geringe rassenindividuelle Momente zur Beobachtung gelangten, bietet die Gruppe der Dementia praecox doch eine Reihe vom vergleichend-nationalen Standpunkt aus sehr beachtungswerter Tatsachen dar. Fast bei allen Volksarten bildet dieser Vorgang die prozentuell am stärksten vertretene Zahl, lediglich in der Zeit 1910 bis 1914 überwiegt bei den Juden die Manie und bei den Russen das alkoholische Delirium; absolut gerechnet, stellt das Jugendirresein, wie dieses auch zu erwarten sein muß, den weitaus größten Prozentsatz an seelischen Störungen dar. Den einzelnen Nationalitäten nach geordnet, sieht man deutlich an der Hand der Tabellen, daß eine Gesetzmäßigkeit bei der Anordnung in übereinstimmendster Weise vorhanden ist. Man kann fast sagen, daß die Aufnahmeziffer durchaus der Bevölkerungszahl entspricht, denn bei kaum einer einzigen anderen Krankheitsrubrik läßt sich ein solch deutlich ausgesprochenes Verhältnis nachweisen. Entsprechend ihrer absolut größten Einwohnerzahl, haben die Letten die erste Stelle. Bei ständigem Zuzug vom Lande zu einem Industriezentrum erlebt man es nicht selten, daß ehemalige Landleute während der Pubertät zur Stadt ziehen, sich hier der Fabrik- oder Schwarzarbeit widmen und dann psychisch erkranken, auch läßt es sich feststellen, daß viele der Erkrankten als Kinder oder zu Beginn der Pubertät zur Stadt gezogen sind, wo sie dann plötzlich aus dem ruhigen Landleben in die unhygienischen städtischen Verhältnisse versetzt wurden und sich genötigt sahen, eine ihnen bis dahin ungewohnte und anfangs das körperliche und vielleicht auch das geistige Vermögen weit übersteigende Arbeit zu leisten. Ich glaube nun keineswegs, daß in dem gelegentlichen Nichtübereinstimmen von Können und Anforderung eine Ursache für das Entstehen einer Defektpsychose

zu suchen wäre, ich betrachte diese Krankheitszustände als endogene Gehirnaffektionen, will mich aber auch keineswegs den betonten Momenten als sogenannten Hilfsfaktoren verschließen. Auffallend ist mir in bezug auf die Letten das verhältnismäßig späte Einsetzen der Erkrankung; die meisten Störungen gelangen wohl zwischen dem 22. und 30. Lebensjahre zum Ausbruch und sind fast alle durch starkes Hervortreten katatonischer Erscheinungen charakterisiert. Meist ergibt die Vorgeschichte keine Anhaltpunkte, die für eine Heredität oder eine wirklich exogene Ursache sprechen, die Krankheit setzt in der Regel akut, seltener subakut ein; bei dem schon etwas vorgerückten Alter scheint unter der Arbeiterschaft der Alkoholismus entschieden eine begünstigende Rolle zu spielen. Die Wahnbildung tritt bei den Letten anscheinend in geringerem Maße auf, als bei den anderen Völkerschaften, hingegen lassen sich in den meisten Fällen sehr lebhafte Gehörstäuschungen nachweisen. Infolge Überwiegens katatonischer Symptome tritt öfter Mutismus auf, der naturgemäß die Untersuchungen sehr erschwert. Unter den Letten habe ich gerade die schwersten akut ausbrechenden katatonen Erregungszustände beobachten können, in denen sie überaus zerstörungssüchtig erschienen und in äußerst gefährlicher Weise gewalttätig wurden, dabei oft gerade gegen eigene Familienglieder. Es dürfte wohl anzunehmen sein, daß diese Erscheinung ein Produkt fehlerhaften Umganges mit der im Beginn der psychischen Erkrankung stehenden Persönlichkeit ist, indes habe ich solche Zustände bei lettischen Kranken aller Gesellschafts- und Vermögensklassen beobachtet. Das Endresultat der Prozesse ist überaus wechselnd, vielfach blöder Stumpfsinn, vielfach scheinbare Genesung (?), viele werden bedingt arbeitsfähig, trotz andauernder Akoasmen, und leben noch viele Jahre als Versorger der Familien in ihrer Häuslichkeit. *A. Behr*, der ein zu Tausenden zählendes Material von Psychosen an Letten studiert hat, teilte 1914 mit, daß er unter der lettischen ländlichen Bevölkerung kaum rein manische Psychosen beobachtet, in kürzerer oder längerer Zeit entwickele sich aus dem pseudomanischen Bilde ein Verblödungsprozeß, dem katatone Symptome oder sonstige charakteristische Züge sich zugesellen.

Anders ist es bei den Juden; bei den Fällen von Dementia praecox läßt sich in mehr als 30% ein familiäres, wenn auch nicht stets



direkt hereditäres Auftreten von Geistesstörungen nachweisen. Die *Rüdin*schen Theorien über Vererbung und Neuentstehung der Dementia praecox an der Hand meines Materials zu prüfen war mir leider nicht möglich, die Schwierigkeit besteht auch ferner darin, daß unter den Juden in Kurland und besonders in Litauen, trotz des tiefen Bildungsstandes, die Frage der Erblichkeit und der Familiarität der Psychosen — vielleicht durch praktisches persönliches Beobachten — so bekannt ist, daß sie auch dem Arzt gern das Bestehen solcher Störungen in der eigenen Familie verschweigen. Gerade bei Töchtern der niedersten Bevölkerungsschichten wird das Bekanntwerden einer vorübergehenden Geistesstörung meist als Gefahr von dem Gesichtspunkte aus angesehen, daß ein Mann sich zur Heirat mit einer Person, deren Familie zu Geisteskrankheiten neigt, kaum entschließen würde. Hingegen erhält man aber zuweilen objektive Angaben von Bekannten oder seitwärts stehenden Verwandten, wodurch gelegentlich ein gutes Errichten von eventuellen Krankheitsstammbäumen ermöglicht wird, doch ist das immerhin nur für eine ganz kleine Zahl von Fällen von Belang. — Während ich bei den Letten nicht selten während des Dienstjahres nach Absolvierung des Gymnasiums, auch gar nach abgeschlossenem Universitätsstudium die Psychose ganz unvermittelt ausbrechen sah, läßt sich bei den Juden meist schon vor der Pubertät eine gewisse Disharmonie im psychischen Geschehen nachweisen. Oft sind es gerade Musterschüler, die plötzlich versagen, dann wieder Kinder, die mit 12 oder 13 Jahren musikalische Meisterstücke darbieten, auffallend gut Schach spielen, schwere Lektüre treiben, überraschend leicht die verschiedensten Sprachen erlernen und anderes mehr. Auch sexuelle Frühreife läßt sich beobachten. [Nach meinen Erfahrungen beginnt die Pubertät fast regelmäßig um etwa 1 bis 1½ Jahre früher bei den Juden, als bei den Deutschen und Russen, um 2—3 Jahre früher, als bei den Letten und Litauern.] Zwischen dem 18. und 20. Jahre, meist während der Schulzeit oder zu Beginn des Studiums bezw. der Lehrlingsperiode, setzt dann die Psychose ein. Man kann oft finden, daß gerade der Milieuwechsel die Störung deklariert, nicht aber, wie die Angehörigen gemeiniglich angeben, hervorbringt. In den Schulen wird so manche bereits krankhafte Gepflogenheit noch lange nicht als pathologisch angesprochen, zumal wenn die Leistungen nicht irgend hinter dem



Gewöhnlichen zurückbleiben. Die meisten der Störungen beginnen dann den Angehörigen durch lebhafte Wahnbildung als krankhaft aufzufallen. Von diesem Stadium ab nimmt die Krankheit der Regel nach einen rapiden Verlauf und führt in kurzer Zeit unter Zerfall der geistigen Persönlichkeit zur schweren Verblödung, die gewöhnlich infolge unsozialen Wesens, Unruhe und Unlenksamkeit zu dauerndem Anstaltsaufenthalt führt. Sehr selten sah ich eine Dementia praecox bei jüdischen Kranken sich so weit bessern, daß eine Beschäftigung, wenn auch in verringertem Umfange, wieder aufgenommen werden konnte. Auch schubweiser Verlauf, gelegentlich unter dem Bilde einer affektiven Psychose, läßt sich beobachten. Die voll entwickelte Psychose verläuft ohne irgendeine charakteristische Schattierung, es sei nur nochmals auf das stets frühzeitige Einsetzen der Störung und die sonderbaren, oft einseitigen, hervorragenden Eigenschaften solcher Kranker im Vorstadium des Leidens hingewiesen.

Die Dementia praecox der Deutschen ergibt auch in etwa 25% hereditäre Belastung. Mehr als bei den Letten und Juden findet sich bei den Eltern Konsanguinität; erwähnt sei noch, daß sich häufig Alkoholismus des Vaters nachweisen läßt. Der Beginn der Krankheit war an meinem Material durchaus mehr schleichend und vom Normalen zum Pathologischen fließend, wie bei den erst angeführten Volksarten. Die Kranken scheinen langsam mehr und mehr intellektuell zu versagen, auch fällt ihre Gemütsstumpfheit vielfach auf. Das Altersoptimum liegt zwischen 16 und 24 Jahren. Heilung mit Defekt erfolgt ungleich häufiger, als bei den Juden, in Parallele zu letzteren ist schubweiser Verlauf nicht selten.

Bei den Litauern sah ich meist ein jähes Verlaufen der Psychose, welche ungemein viele Symptome hysteriformen Charakters bei dieser Volksart darbietet, so daß für die anfängliche Diagnosenstellung große Schwierigkeiten entstehen können. So habe ich ausgesprochene Tics convulsifs, vorübergehende Hemi- und Paraplegien, Gefühlsstörungen, Krampfzustände usw. in großer Anzahl beobachtet, während selbst bei den allgemein zu motorischen Reiz- und Ausfallserscheinungen neigenden Juden solche Scheinsymptome nur als seltenes, immerhin auffälliges Ereignis zu Gesicht kommen. Die Erkrankung setzt bei den Litauern eigentlich in jedem in Frage kommen-



den Alter ein, die Verblödung ist später tief, Heilung mit Defekt selten. Die Hereditätsfrage kann überhaupt nicht angeschnitten werden.

Die Psychose der Guppe des Jugendirreseins bietet bei den Russen nichts sie wesentlich von den Verlaufsarten und -formen bei den anderen Nationalitäten Unterscheidendes dar; man kann jedenfalls keine besonders charakteristischen Merkmale feststellen. Belastende Momente lassen sich gelegentlich durch Alkoholismus des Vaters und Hysterie der Mutter erbringen, ob sie wirklich als die effektiven Ursachen angesprochen werden dürfen, bleibe offen. Recht oft besteht im Beginn der Psychose bei den Russen Selbstmordneigung, der dann meist eine wahnhafte, eventuell durch Sinnestäuschungen genährte, pseudodepressive Idee zugrunde liegt. Ich habe eine große Reihe von Selbstmorden gerade unter jugendlichen Russen beobachtet, bei welchen sich eine Dementia praecox zu entwickeln begann, wo die Kranken gegen ärztlichen Rat in ihrer Häuslichkeit gelassen wurden. Es besteht in diesem Punkt eine sonderliche Gegensätzlichkeit zwischen affektiven und intellektuellen Seelenstörungen, indem die erwähnte Neigung sich, nächst den Russen, am häufigsten bei den Juden findet, während ich sie bei Deutschen, Letten und Litauern sehr selten nachweisen konnte.

Solch ein wechselndes Vorkommen der Dementia praecox in bezug auf Rasse und Nationalität spielt jedenfalls sicher bei vielen Völkerschaften eine beachtenswerte Rolle. So betont *Ziehen*[1]) das wesentlich häufigere Vorkommen der Dementia hebephrenica in Holland, als in Thüringen. — Daß gerade unter den Deutschen und Letten die Dementia praecox in einem ansehnlichen Prozentsatz eine bedingte Arbeitsfähigkeit im Endstadium hinterläßt, dürfte zweifellos bei Errichtung moderner Heil- und Pflegeanstalten mit ausgedehntem Arbeitsbetrieb gute Erfolge in der Beschäftigungstherapie zeitigen, andererseits wäre rein soziologisch dieses Moment nutzbringend zu verwerten. Ich möchte nur flüchtig auf das glänzende Ergebnis der ersten größeren Versuche dieses Stils von *A. Behr* in Stackeln hinweisen.

c) Progressive Paralyse. — Spricht man von dem Vor-

[1]) *Ziehen*, Psychiatrie, 1911, S. 822.



kommen dieser Krankheit bei den einzelnen Völkerschaften, so werden sofort die vielen verschiedenen Theorien lebendig, welche sich mit der näheren und allgemeinen Entstehungsursache des Leidens befassen; sind doch gerade in bezug auf die so wohl charakterisierte Gehirn- und Seelenstörung überaus viele vergleichende Betrachtungen angestellt worden, bald zwischen einzelnen europäischen Völkern und Rassen, bald zwischen weißen und farbigen. Bald hören wir die Zivilisation als grundlegendes Moment angeben, bald werden mehr neurotrope Spirochätenstämme beschuldigt. Klarheit herrscht jedenfalls in dieser Frage keineswegs. *Westhoff* hat die Ansicht vertreten, daß die Paralyse eine Rassenkrankheit sei, die vorzugweise die höheren, speziell die germanische Rasse, befällt, und erklärt erst durch die Vermischung der jüdischen mit einer anderen — namentlich der germanischen — Rasse die Erkrankung der Juden an Paralyse. *Sichel*[1]) vermißt nach Durchsicht seines Frankfurter Materials jede Unterlage für die Annahme einer Rassendisposition. Durch Rassenmischung glaubt auch *Barnes*[2]) die Häufigkeit der Negerparalysen in der Jetztzeit erklären zu können, während vor etwa einem halben Jahrhundert der Vollblutneger so gut wie immun gegen Paralyse war. Man muß sich auch in bezug auf die Paralyse in Kurland darüber klar sein, daß jedenfalls unter der Landbevölkerung einerseits die Lues als Ursache und andererseits auch die Paralyse als Folgekrankheit derselben eine verhältnismäßig geringe Rolle spielen. Beide Krankheiten kommen ja unter den Landbewohnern vor, spielen jedoch gegenüber den Zahlen in der Stadt eine kaum beachtenswerte Rolle. *A. Behr*[3]) hat unter der lettischen und estnischen Bauernbevölkerung, welche in der großen von ihm geleiteten Landesanstalt Aufnahme fanden, progressive Paralyse fast ausschließlich bei Personen feststellen können, welche eigentlich „Städter" waren, die nur nominell als Steuerzahler zu den Landgemeinden gehörten. Unter den deutschen (Kolonisten), lettischen und litauischen Ackerbauern habe ich auch nur ganz vereinzelt eine progressive Paralyse beobachten können, die Zahl der-

[1]) *Sichel*, Die progressive Paralyse bei den Juden. Arch. f. Psych. Bd. 52, 1913.

[2]) *Barnes*, zit. nach Neurol. Ztlbl. 1914, Nr. 1, Referate.

[3]) *Behr*, Bericht über die Livländische Landes-Heil- und Pflegeanstalt Stackeln. 1907—1910 und 1911—1913.



selben ist jedenfalls so gering, daß sie unberücksichtigt gelassen werden kann. Die in der psychiatrischen Abteilung behandelten Fälle bilden also ein ausschließlich städtisches Material. Den weitaus größten Prozentsatz an Paralysen stellen die Deutschen; nicht nur, daß in den Jahren 1910 bis 1914 die Deutschen mit 34% aller paralytischen Störungen vertreten sind, auch über 20% aller Psychosen bei Deutschen wurden in zehn Jahren von dieser Krankheit gebildet. Unter den Letten ist die Zahl der Paralysen verhältnismäßig gering, zudem noch in den letzten fünf Beobachtungsjahren zurückgegangen, absolut gerechnet nehmen sie hingegen in der zweiten Periode den nach den Deutschen folgenden Platz ein, in der ersten überwiegt ihre Zahl. Ich glaube nun doch hierin ein wenigstens zeitweises rassenindividuelles Moment erblicken zu dürfen. Während in den höheren Gesellschaftsschichten die Paralyse sowohl bei Deutschen und Letten anscheinend im gleichen Umfang, wohl lediglich in Abhängigkeit von den erforderlichen exogenen Momenten, vorkommt, ist das Leiden bei dem Mittelstande, den besser situierten Handwerkern, Händlern, kleinen Unternehmern usw. unter den Letten vermutlich geringer verbreitet, als unter den entsprechenden deutschen Kreisen. Obwohl man über die richtige Auffassung so mancher Rassenaffektion sich gelegentlich Zweifel vorlegen muß, erscheint mir diese letzte Beobachtung doch ganz unanfechtbar dazustehen. Ich muß dabei den alten, neuerdings wiederum betonten Begriff der Zivilisation[1]) hervorkehren und ihn als Erklärung für diese Erscheinung anzuwenden versuchen. Die Deutschen haben oft in sechs und mehr Generationen in der Stadt gelebt, besitzen vielfach von ihren Voreltern ererbte, meist materiell sichergestellte Geschäftsbetriebe, so daß sie bei relativ geringerer Arbeit ein breiteres und auch weniger arbeitsvolles Leben führen können, als die Letten; daß diese Lebensverhältnisse leicht ausschweifendere und in mancher Beziehung unhygienischere Daseinsbedingungen hervorzurufen imstande sind, läßt sich leicht erklären und kann vom unbefangenen Beobachter nicht übersehen werden. Ich spreche in diesem Sinne von einem zeitweisen rassenindividuellen Moment, denn, während die lettische Nation die bürgerlichen Berufe, wie die Deutschen, zurzeit in der ersten, höchstens in der

[1]) *R. v. Krafft-Ebing*, Lehrbuch der Psychiatrie 1903, S. 138.



zweiten Generation ausübt, haben die deutschen Landesbewohner bereits, wie oben erwähnt, seit Menschenaltern die gleichen Existenzverhältnisse aufzuweisen gehabt. Daneben dürften noch Alkoholismus und Konsanguinität der Eltern, eventuelle erbliche Belastung und anderes mehr der Erwähnung wert sein, alles Momente, welche bei den Deutschen in ungleich größerem Maße anzutreffen sind, als bei den Letten, bei welchen wohl in ein bis zwei Generationen die gleichen Schädlichkeiten in Frage kommen werden. Es erscheint mir selbstverständlich, es sei denn, daß unsere Therapie inzwischen noch unbekannte Fortschritte machen sollte, daß dann auch bei den Letten die Zunahme der paralytischen Seelenstörungen sich in einer solchen Weise vollziehen wird, daß die zeitweisen völkischen Differenzen in diesem Punkt sich ausgleichen. Auch *Ziehen* [1]) hebt neben der Lues die betonten und andere Ursachen mehr für die Entstehung der Paralyse hervor. Für die völkischen Unterschiede im Auftreten der Paralyse kann ich mich nicht diesen hervorgehobenen Tatsachen als Fragen von Bedeutung verschließen. Der Lues allein dürften Deutsche und Letten wohl in gleicher Weise ausgesetzt gewesen sein, und in der Behandlung des venerischen Leidens wird man wohl kaum beträchtliche Unterschiede nachweisen können. Ich habe in anderen Arbeiten schon mehrfach meinen diesbezüglichen Standpunkt präzisiert [2]), daß trotz aller Forschungsresultate, welche unseren diagnostischen Apparat bis aufs einzelste vervollkommnet und den Zusammenhang zwischen Lues und Paralyse einwandfrei bewiesen haben, ein unbekanntes endogenes Etwas die Entwickelung dieses zurzeit jedenfalls unheilbaren Hirn- und Seelenleidens mitbedingt. Der Verlauf der Krankheit bietet nichts Charakteristisches bei diesen beiden, am meisten unter allen erwähnten Völkerschaften zu Vergleichen in bezug auf Paralyse auffordernden Nationalitäten dar.

Bei den Juden ist die Paralyse keine häufige Erkrankung; ob das an regionären Erkrankungen liegt, ob mehr die früheren Heiraten gerade unter den unbemittelten und ungebildeten Schichten der jü-

[1]) *Ziehen*, Psychiatrie S. 755.

[2]) *H. Siebert*, Beiträge zur Pathologie der Pupillenbewegung. Würzburg 1912. Über progressive Paralyse. Petersb. med. Ztschr. 1914, H. 2. Zur Klinik der Geschwisterpsychosen anscheinend exogenen Ursprunges. Mtschr. f. Psych. XLII, H. 1. 1917.



dischen Rasse häufige luische Infektionen ausschließen, kann ich keineswegs entscheiden. Die für die Letten als stichhaltig herangezogenen Gründe haben selbstredend für die Juden keine Bedeutung. Hervorgehoben sei der meist schnelle Verlauf bei der Paralyse der Juden. Bei den Russen hat die Krankheit einen ähnlichen Charakter wie bei den Deutschen, sowohl was das etwaige Zahlenverhältnis, als auch die gesellschaftliche Prädisposition anbelangt.

Ein Altersoptimum läßt sich bei keiner Volksart nachweisen, die Krankheit scheint bei jeder einzelnen in den gewöhnlichen Lebensabschnitten zum Ausbruch zu kommen, die spätesten Paralysen habe ich allerdings bei Letten gesehen, indem solche noch nach dem 70. Jahre zu wiederholten Malen von mir beobachtet wurden, wobei dann reflektorische Pupillenstarre, Sprachstörung und der positive Ausfall der vier Reaktionen die Diagnose gegenüber der senilen Demenz sicherstellten. Während ich bei den sogenannten einfachen Geistesstörungen keine wesentliche Scheidung der Geschlechter in der Betrachtungsweise vorgenommen habe, muß ich bezüglich der Paralyse auf das Verhältnis der Erkrankung bei den einzelnen Geschlechtern hinweisen. *Ziehen* erwähnt ältere Statistiken, laut welchen die Paralyse sieben bis achtmal häufiger bei Männern, als bei Frauen auftreten soll, glaubt jedoch, daß sich nach neueren Statistiken das Verhältnis mehr ausgeglichen habe, ja daß für gewisse Länder es sich auf 3:1 stellte. Die Beobachtungen von *Sichel* ergeben bezüglich seines jüdischen Materials ein Verhältnis 13:1. Die meisten Frauenparalysen kamen in meinem Beobachtungskreis unter den Litauern vor; aus der Zahl der in meiner Abteilung verpflegten paralytischen Litauer war mehr als die Hälfte weiblich. Dieses wäre einerseits durch die große Anzahl der litauischen Prostituierten zu erklären, andererseits ist es bekannt, daß die Litauerinnen überhaupt starke erotische Züge aufweisen und sich, ohne direkt der Prostitution zu verfallen, lebhaft sexuell betätigen, sei es vor der Ehe, sei es außerhalb derselben. Daß hierdurch der syphilitischen Infektion Tür und Tor offen steht, ist verständlich und wird wohl auch den wesentlichsten Grund für die Häufigkeit der Paralyse abgeben. Nächst den Litauern kommen hier die Frauenparalysen bei den Juden in Betracht. Auf fünf männliche konnte je eine weibliche Paralyse im Laufe von zehn Jahren nachgewiesen werden, ein jedenfalls

wesentlich ungünstigeres Verhältnis, als es sich *Sichel* darbot. Auch unter einem Teil der Jüdinnen, speziell den niedersten Schichten, ist die Prostitution bezw. die freie Liebe sehr verbreitet, und müssen diese Faktoren auch hier als Erklärung herangezogen werden. Bei den Russen ist das Verhältnis 8:1, den Letten 10:1, den Deutschen 12:1. Sicherlich rekrutiert sich der geringste Prozentsatz der Prostituierten hierzulande aus den Deutschen, auch die Russen kamen nicht wesentlich in Frage; die Letten geben gewiß absolut die größte Zahl, relativ jedoch ungleich weniger als die Litauer und Juden. Immerhin sprechen diese zahlenmäßigen Anordnungen einstweilen in dem Sinne, daß die Russinnen, Lettinnen und die deutschen Frauen, sei es aus inneren, sei es aus äußeren Gründen, weniger der paralytischen Affektion unterworfen sind, als die Litauerinnen und Jüdinnen.

d) Alkoholismus. — Die Lage Kurlands in 56° bis 58° nördlicher Breite, sowie ferner das russische Branntweinmonopol haben es mit sich gebracht, daß eine offensichtliche Zunahme des Alkoholkonsums von Jahr zu Jahr zu verzeichnen war. Als Objekt der Psychiatrie kam dabei fast ausschließlich das Delirium tremens zur Beobachtung, die Korsakowsche Störung habe ich unter den Anstaltsinsassen nur einzelne wenige Male zu Gesicht bekommen. Es ist mir darin eine sonderliche Gegensätzlichkeit aufgefallen, daß unter den niederen Gesellschaftsschichten das Delirium tremens ungleich häufiger, die Polyneuritis alcoholica mit oder ohne amnestisches Irresein sichtlich weniger zur Entwicklung gelangt, als bei den höheren Schichten, welche darin ein geradezu umgekehrtes Verhalten zeigen. Diese Erscheinung läßt sich hier bei allen Volksarten beobachten und scheint eigentlich nur einen rein sozial-hygienischen Faktor zu repräsentieren. Die Erklärung wäre wohl darin zu suchen, daß die wohlsituierteren Klassen Schnaps sicherlich nicht in den unsinnigen Quantitäten vertilgen, wie der einfache Mann, andererseits gerade die ersteren meist wohl eine kräftigere und rationellere Kost verwenden, als letztere, worin auch ein der Entwicklung des Zitterdeliriums vorbeugendes Moment zu suchen wäre [1]). Die Zahl der Delirien hat in den Jahren 1910-14 zugenommen, jedenfalls sprechen die Tabellen I und III in klarster Weise zugunsten dieser Tatsache, indem bei

[1]) *P. Schröder*, Intoxikationspsychosen.



allen Völkerschaften sich der Prozentsatz der registrierten alkoholischen Delirien gehoben hat, bloß bei den Juden ist in dem Zeitraum nicht ein einziger Fall vorgekommen. 1905-09 bildeten die Juden 4% aller Delirien; es handelte sich dabei ausschließlich um jüdische Prostituierte, bei welchen sich, sei es in der Haft, sei es post trauma oder durch irgendein anderes auslösenden Moment, das Delirium entwickelte und zur Verbringung in die psychiatrische Abteilung führte. Allgemein trinken die Juden ungleich weniger als die christlichen Bewohner Kurlands; auch in den gleichen Berufen, bei welchen das Trinken gegewissermaßen einen professionellen Charakter[1]) trägt und sich so ziemlich in analoger Form bei den anderen Nationalitäten findet, wird es bei den Juden meist vermißt. Trinkt aber ein Jude einmal Alkohol in regelmäßiger Weise, so gilt es als Regel, daß er enorme Quantitäten vertilgt; meist handelt es sich dann um einen chronischen Schnapsmißbrauch. Betrunkene Juden sind auch eine Seltenheit; dieselben schweren Schnapstrinker nehmen im Laufe des Tages vom frühen Morgen an Branntwein zu sich, verfallen jedoch nicht dem Delirium tremens, obgleich ich Personen beobachtet habe, welche bis über 1 Liter Schnaps täglich tranken und diesen Abusus innerhalb von mehr als 20 Jahren fortsetzten; Myokarditis, schwere toxische Arteriosklerose mit hoher Blutdrucksteigerung und Polyneuritis traten als Folge solcher chronischen Giftzufuhr auf, jedoch kein Delirium. Ein Teil derselben Momente, welche eine eventuelle Disposition für die Entwicklung der Paralyse aufzugeben scheinen, spielt auch bedingt für die Entwickelung des chronischen Alkoholismus eine Rolle, nur dürften für das Zustandekommen des Delirium tremens keineswegs im allgemeinen so viele Faktoren notwendig sein, da es sich um einen rein toxischen Prozeß handelt. So sehen wir auch diese Gehirnaffektion unter Deutschen, Letten, Litauern und Russen in derselben Weise auftreten, nur schwankend in der Relation und gelegentlich in scheinbarer Abhängigkeit von den Berufen. Es handelt sich bei diesen Kranken um Gastwirte, Schankkellner, Restaurantmusikanten, kleine Beamte (besonders solche, welche an der Branntweinversteuerung tätig waren), Fleischer(!), Viehhändler(!). Diese Berufe werden

[1]) *F. Appel*, Über die Entstehungsursachen des chronischen Alkoholismus. Inaug.-Diss. Würzburg 1911.



von allen vier erwähnten Volksarten ausgeübt und gestatten daher eine vergleichende Betrachtung ohne grobe Fehlerquellen. Delirien bei Frauen sind in den Jahren 1910 bis 14 nicht beobachtet worden. Zweifellos entspricht wiederum der hohe Prozentsatz an Letten der numerisch größten Zahl derselben. Was die Russen anbelangt, so dürfte ihre Erkrankungsziffer sicherlich größer sein, als das Material mir dieses aufweist, denn die in den einzelnen Bahn- und Baubetrieben erkrankten Arbeiter, welche fast ausschließlich Russen waren, werden in eigenen Krankenhäusern behandelt. Psychosen konnten eigentlich in dieselben nicht aufgenommen werden, während alkoholische Delirien, in Anbetracht des kurzdauernden Verlaufs der Störung, in Isolierzellen behandelt wurden. Über die Zahl solcher Erkrankungen bei dieser Gruppe von Menschen habe ich leider, trotz aller Bemühungen, keine Aufschlüsse erhalten können; da aber die Summe solcher Fälle nicht gering war, dürfte sich das Verhältnis anderer Völkerschaften in bezug auf die Russen noch verschieben; beachtenswert erscheint jedenfalls auf Tabelle III der hohe Satz von über 40%. — Bei Kriegsausbruch erließ die russische Regierung ein strenges Alkoholverbot und schloß alle Branntweinverkaufsstellen. Wenn auch dieses Verbot in weitestgehendem Maß übertreten wurde, so waren die Preise für Schnaps und ähnliche Getränke doch so enorm gestiegen, daß ein andauerndes Trinken, wie es bei dem billigen Branntwein möglich war, kaum von irgendeiner Gesellschaftsschicht geübt werden konnte. So lange die eventuellen Vorräte ausreichten, fanden noch Aufnahmen von Delirien statt, seit Oktober 1914 nicht mehr. Neben der Schwierigkeit in der Alkoholbeschaffung kommt aber auch noch der Umstand in Frage, daß gerade dasjenige Menschenmaterial, bei welchem sich im wesentlichsten das Delirium tremens antreffen ließ, zum größten Teil von der russischen Regierung in den Heeresdienst einberufen worden war. Seit Oktober 1914 habe ich in 2½ Jahren bloß zwei Fälle von Deliriums tremens zur Aufnahme bekommen, einen Arbeiter aus einem Schnapsdepot, welcher bereits vor fünf Jahren wegen dieser Störung in der Abteilung interniert war, und der vor Ausbruch der Störung wegen Entwendung von Schnaps in Gefängnishaft sich befand, woselbst am dritten Tage ein typisches Delirium ausbrach, und ein Gastwirt, bei dem das Delirium im Verlauf einer septischen Endokarditis sich einstellte. An sich bietet der klinische Verlauf des Delirs keinerlei



Unterschiede bei der einen oder anderen Volksart dar, die Schwere des Krankheitsverlaufs scheint ausschließlich von der Intensität der Vergiftung oder von der jeweiligen Konstitution abhängig zu sein.

Ätherismus ist hier häufiger nur bei Litauern beobachtet worden. Unter den Letten wird Äther selten mißbraucht, ebenso nicht bei den Deutschen und Russen. Gelegentliches Vorkommen bei ihnen spricht nur im Sinne einer persönlichen Erkrankung. [Ich will nur darauf hinweisen, daß im Norden Livlands, in der Gegend der Stadt Werro, der Ätherismus gewissermaßen als Volksseuche betrachtet werden mußte. Speziell ein estnischer Volksstamm, die Setukesen, war dem Ätherismus in hohem Maße verfallen. Wegen Mangels an zuständiger Literatur bin ich eben nicht in der Lage, die erschreckend hohen Quanten zahlenmäßig auszudrücken, welche, auf dem Wege des Schmuggels ins Land geschafft, von der Bevölkerung aufgekauft und konsumiert werden. Der psychische und somatische Verfall bei chronischem Ätherismus ist, wie ich mich überzeugen konnte, ungleich schwerer, als beim Alkoholismus]. Bei den Litauern sind es hauptsächlich Frauen, welche dieses Narkotikum der Fettreihe verwenden, der Abusus scheint sich bei ihnen hauptsächlich auf dem Boden der Hysterie, jedenfalls stets auf Grund einer schweren degenerativen Anlage zu entwickeln. Ich habe in Beobachtung sechs Litauerinnen und zwei Litauer gehabt. Vier Frauen habe ich in ihren Schicksalen verfolgen können, die anderen Kranken sind aus meinem Beobachtungskreis entschwunden. Zwei Frauen waren jung der Prostitution verfallen, drei andere boten charakteristische hysterische Züge dar, desgleichen der eine Mann; eine Frau und ein Mann waren nach anamnestischen Angaben leicht debil. Bei den Kranken hatte ein während mehrerer Wochen fortgesetzter Äthermißbrauch zu schweren allgemeinen Erregungszuständen geführt, welche nach kurzer Anstaltsbehandlung abklangen. Die eine Frau hat sich bereits viermal in Anstaltsbehandlung befunden, jetzt ist sie total verblödet, lebt bei ihren Angehörigen, hat seit drei Jahren keinen Äther mehr erhalten, scheint ihn auch nicht zu vermissen. Die drei anderen Frauen sind seit 3 bezw. 4 Jahren anscheinend (?) nicht wieder in Ätherabusus verfallen, sie würden in letzter Zeit wohl auch kaum Äther erhalten können. Alle drei sind arbeits- und erwerbsfähig, die eine in der erwähnten



Weise leicht schwachsinnig, die beiden anderen offenbaren nach wie vor die Anzeichen ihrer schweren Psycho-Neurose.

e) Epilepsie. — Über das Vorkommen bezw. die Häufigkeit dieser Störung bei den Völkerschaften Kurlands läßt sich nichts Bestimmtes angeben. Die aus den Tabellen hervorgehende statistische Betrachtung hat wohl reichlich evidente Fehlerquellen aufzuweisen, muß man sich doch hierbei stets vorhalten, daß Epileptiker zu Objekten der Anstaltspsychiatrie wohl meist nur in schweren Erregungs- und Dämmerzuständen werden, oder aber nach langem Leiden im Zustande vorgeschrittener Verblödung. Während die übrigen Seelenstörungen, welche hier rubriziert sind, für die summarische Betrachtung von Völker- und Rassenpsychosen sich unbesehens eignen, darf der zahlenmäßigen Darstellung epileptischer Affektionen keinerlei wesentliche Bedeutung zugesprochen werden. Ziehe ich noch mein recht großes Material an epileptischen Störungen, welche ich in der Sprechstunde behandelt, hinzu, so ergeben sich jedenfalls ganz andere Zahlenverhältnisse, besonders muß der hohe Prozentsatz der Letten mit 70% in Tabelle IV stark herabgesetzt werden. Im allgemeinen fand ich eigentlich nichts, was in bezug auf Epilepsie bei einer oder der anderen Volksart besonders charakteristisch gewesen wäre. Auch die Hereditätsfrage konnte in keiner Weise mit irgendeinem befruchtenden Resultat angeschnitten werden, teils war dem niedrigen Bildungsgrade der Kranken und ihrer Angehörigen zufolge die Angelegenheit nicht diskutabel, teils fehlten eben alle entsprechenden Momente in der Vorgeschichte. Über die Beziehungen des Alkohols zur Entstehung der Epilepsie konnte ich nichts ermitteln, und einwandfreie Lues bei syphilitischer hereditärer Epilepsiegenese fand ich einmal durch serologische Untersuchung bestätigt [1]).

f) Allgemeine Neurosen. — Wenngleich die Betrachtung über die allgemeinen Neurosen im zweiten Teil dieser Arbeit erfolgen soll, so kann ich nicht umhin, diejenigen Psycho-Neurosen, welche in einem psychiatrischen Institut Aufnahme finden, gesondert von denjenigen durchzusprechen, welche in der freien Praxis zur Beobachtung gelangen. Es ist selbstverständlich, daß nur die schwersten

[1]) *H. Siebert*, Erfahrungen mit der WaR. in der neurologischen Praxis. Dtsch. med. Wschr. 1917, Nr. 17.



und allerinsuggestibelsten Formen in die Lage kommen werden, in einer geschlossenen Anstalt behandelt zu werden. In den Tabellen bemerkt man hier gleich das zahlenmäßige Überwiegen der Litauer. Diese Volksart neigt ganz besonders stark zu den für die Neurosen charakteristischen Erregungszuständen. Bei aller Reserve, welche man auch hinsichtlich der Verallgemeinerung des Hysteriebegriffs hegen muß, können diese Zustände nur in eine solche Kategorie eingereiht werden. Auch schwere psychogene Krampfzustände, Pseudochorea und andere Krankheitsbilder lassen sich in elementarster Form bei den Litauern beobachten und bedingen eine zeitweise Anstaltsverbringung. In einigen Tagen kann dann, der Regel nach, bei Wiederherstellung des psychischen Gleichgewichtes die Entlassung erfolgen. Die Affekte scheinen bei den Kranken dabei eine große Rolle zu spielen, ihr labiles Verhalten überträgt sich wie ein Blitz auf körperliche Zustände. Es wurde bereits in den Beobachtungsresultaten an der Dementia praecox der Litauer darauf hingewiesen, daß diese Volksart besonders im Beginn des Jugendirreseins oft hysteriforme Züge darbietet, so daß nur ein genaues Zusehen, vielfach aber erst der weitere Verlauf der Störung imstande ist, die Diagnose nach der einen oder der anderen Richtung hin zu erhärten. Selbstverständlich ist bei den hier in Frage kommenden Zuständen die Betrachtung einwandfrei in dem Sinne abgeschlossen worden, daß es sich um regelrechte Psycho-Neurosen und nicht um einen zerebralen Abbauprozeß handelte. Die Entwicklung einzelner Paroxysmen wird durch den Mißbrauch, sei es auch nur gelegentlicherweise, jeder Art räuschender Genußmittel hervorgerufen. Ich will dabei keineswegs von einer alkohologenen Hysterie im Sinne *Charcots* sprechen, sondern nur eine Beobachtung erwähnen, welche sich hier öfters anstellen läßt, und zwar daß die hierzu disponierten Individuen in ganz unberechenbarer Weise auf diese zerebralen Gifte reagieren. Auf das Vorkommen des Ätherismus bei Hysterie wies ich schon hin. Es gilt unter den Litauern als Heilmittel, bei Einsetzen nervöser Reizzustände sofort mehrere Tropfen Aether sulfuricus in Wasser zu verabfolgen, was auch in der Tat meist von promptem Erfolge begleitet ist, besonders wenn noch keine Gewöhnung vorliegt. Dieser Umstand erklärt auch die große Verwendung der ätherischen Baldriantropfen durch die Litauer. Die Affinität des Äthers zum Zentralnervensystem erklärt aber auch,

daß ein einmaliger Mißbrauch, statt lediglich motorische Zentren zu beruhigen, koordinierende und hemmende Zentren lähmen und dadurch zu schwersten Erregungen führen kann. Auch der Effekt der durch Äther hervorgerufenen Beruhigung kann infolge der Gewöhnung verhängnisvoll werden, so daß es sich bei diesen Dingen um einen unentwirrbaren Circulus vitiosus zwischen Noxe und neurotischer Konstitution handelt. Neben den durch diese äußeren Schädlichkeiten bedingten Krankheitsfällen bleibt der größte Teil der beobachteten Störungen doch als lediglich endogene Affektion zurück, an der Tatsache muß jedoch festgehalten werden, daß unter den Litauern, mehr noch als bei der jüdischen Rasse, hysterische bezw. hysteriforme Paroxysmen schwersten Charakters beobachtet werden, welche zur Verbringung in die geschlossene Anstalt nötigen.

Bei den sonstigen Völkerschaften waren die allgemeinen Neurosen meist mehr von „neurasthenischem" Charakter, teils waren es quälende Zwangsvorstellungen, teils somatopsychische Empfindungen, die bei Kranken, wo fast alle Heilversuche fehlgeschlagen waren, den Anlaß zum freiwilligen Aufsuchen der Anstalt gaben. Auch bei solchen Zuständen war es dringend erforderlich, eine strenge Abgrenzung dieser Störungen gegenüber den paranoischen Erkrankungen oder melancholischen bezw. zirkulären Prozessen durchzuführen. In der freiwilligen Meldung zur Aufnahme kann man ja vielfach, aber lange nicht stets, eine Erscheinung suchen, welche mehr für eine eingewurzelte, wenn auch schwere, Neurose spricht, doch gibt es unzweifelhaft auch Psychosen vom oben erwähnten Charakter, bei welchen die Patienten eine beträchtliche Krankheitseinsicht aufweisen und die Absicht ihres Anstaltseintritts reichlich motivieren können. Die schwersten neurasthenischen Formen boten unter den einzelnen Völkerschaften die Letten, nächst ihnen die Deutschen, dar. Diese beiden Nationalitäten geben aber dann meist sehr schwer zu behandelnde, in der Prognose ungünstig zu beurteilende Patienten ab. Die Juden stellen fast ausschließlich hysterische Psychosen zur Beobachtung, jedoch, wie schon hervorgehoben, nicht so schwerer Art, wie die Litauer. Auf die Russen wird weiter unten noch eingegangen werden.

g) Angeborener Schwachsinn. — Hier läßt sich aus den Aufnahmeziffern gar kein Schluß auf das Vorkommen oder die spezielle Eigenart dieser Krankheit ziehen. Die Jahre 1910 bis 14 zeigen

nur Aufnahmen von Letten. Meist waren es polizeilich eingelieferte Idioten oder zur Begutachtung überwiesene leichte Schwachsinnsformen. Da überhaupt keine Statitik über die Zustände angeborenen Geistesdefektes in Kurland vorliegt, kann man sich auch sonst keine Vorstellung über das Verhältnis dieser Störungen innerhalb der einzelnen Volksarten machen. Auch die private Praxis ergibt kaum irgendwelche Aufschlüsse, da die wohlhabenderen Kreise meist solche Angehörige einer entsprechenden Anstalt überweisen, die weniger bemittelten hingegen, speziell die arbeitenden Klassen, bei festgestelltem Schwachsinn, besonders der geringsten Andeutung einer unsozialen Form desselben, meist solche Kranke gegen ein geringes Kostgeld auf dem Lande verpflegen lassen, ein Modus, der sehr verbreitet und leider fast stets als überaus ungenügend und schädlich bezeichnet werden muß. —

Hiermit sollen die vergleichenden Betrachtungen über Psychosen abgeschlossen werden, dabei will ich nochmals hervorheben, daß, abgesehen von anderen einschränkenden Gründen, auch mein statistisches Material zu gering ist, um als bindende Tatsache die niedergelegten Auffassungen bestätigen zu können; hebt doch auch *Kraepelin*[1]) die Schwierigkeit in der Beurteilung vom Einfluß der Volksart auf die Entwicklung geistiger Erkrankungen mit Nachdruck hervor. Wenn ich doch, neben dem rein sachlichen, das statistische Material herangezogen habe, so geschah es vom Standpunkt aus, daß die psychiatrische Abteilung hierselbst fast das einzige Institut sein dürfte, welches alle Volksarten Kurlands in buntem Gemisch durch sich ziehen sieht. Die großen Anstalten Livlands und Estlands werden bald nicht in der Lage sein, Letten, bald Juden oder Litauer beobachten zu können, während in Libau speziell und in Kurland überhaupt gerade ein Nebeneinanderleben der Völkerschaften in ausgesprochener Weise zutage tritt.

Da mit Ausnahme der Litauer, welche jedenfalls in Kurland mehr den niedersten Volksschichten angehören, bei allen Völkerschaften sich Unterschiede des Kultur- und Bildungsniveaus nachweisen lassen, ist es ja verständlich, daß sich in diesem Punkt wiederum ein Unterschied zwischen den einzelnen Schichten bemerkbar machen muß. Ich habe darin mehr oder weniger aus meinem Material eine Bestätigung

[1]) ***Kräpelin***, Psychiatrie I, 1910, S. 152.



der von *Stern*[1]) niedergelegten Ansichten ersehen können: mit Zunahme des Kulturkreises Zunahme der funktionellen (affektiven) Seelenstörungen und der progressiven Paralyse, dagegen ein Zurücktreten der Dementia praecox; die gleichzeitig vom Autor erwähnte Abnahme der Epilepsie und Imbezillität habe ich aus oben angeführten Gründen an meinen Kranken nicht verfolgen können. In bezug auf Alkohol glaube ich schließen zu können, daß sozial höher stehende Elemente mehr polyneuritische Störungen erwerben, die niedriger stehenden mehr das Delirium tremens.

Die Neurosen.

In dieser Hälfte der Abhandlung soll über die allgemeinen Neurosen in vergleichender Form berichtet werden, jedoch wird auf die Registrierung einzelner Volksarten bezw. der entsprechenden Krankheitsbilder auf einzelnen Tabellen verzichtet. Es steht mir zu dem genannten Zweck ein Gesamtmaterial von etwa 3500 Personen zur Verfügung, welche von mir zum größten Teil ambulant, zum geringsten klinisch behandelt worden sind. Diese Zahl dürfte groß genug sein, um sich ein Bild für eine vergleichende Neurosenlehre der einzelnen Nationalitäten zu machen. Auch die in bezug auf Neurosen darzulegenden Ansichten können keineswegs Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben, sie stellen lediglich das Produkt einer eingehend vorgenommenen Betrachtungsweise dar. Ich schicke gleich voraus, daß ich nach Möglichkeit Begriffe, wie Neurasthenie und Hysterie, in meiner neurologischen Auffassung vermeide, da dieselben vielfach keineswegs die Gesamtstörung der nervösen Funktion umfassen und nur die Charakteristik einzelner Krankheitsepisoden darstellen können, ja daß ferner alle diese Zustände sich so weit miteinander vermischen und verquicken, daß es dem Belieben des einen oder anderen Diagnosestellers anheimgestellt werden kann, welche Krankheitsbezeichnung er bevorzugt. Ich habe es versucht, nach Möglichkeit die einzelnen Zustände in ihren Grundkomponenten zu analysieren und dementsprechend den Krankheitsverlauf genau zu verfolgen. Auf eine Diagnosestellung an sich legte ich weniger Wert. Gerade hinsichtlich der Hysterie dürfte es vorkommen, daß dieser Begriff, als

---

[1]) *Stern*, Kulturkreis nnd Form der geistigen Erkrankung. *Hoches* Sammlung zwangl. Abh. 1912, H. 2.



nosologische Einheit, allgemein doch in zu weitem Umfange Verwendung findet; nur zu oft verleiten einzelne für Hysterie charakteristische Symptome schon zur Auffassung, daß eine solche Störung vorliege. Dieses erscheint mir jedenfalls insofern ungerechtfertigt, als eine gesonderte Krankheitsform — Hysterie — stets eine weitgehende qualitative Störung der psychisch-nervösen Funktionen darstellt und labile, leicht erweckbare Affekte und eine Alteration des Vorstellungslebens voraussetzt. Ein Teil der bei diesem Leiden anzutreffenden Zeichen, seien sie somatischer Art, Sensibilitätsstörungen, Globus usw., oder psychischer, wie Zwangsvorstellungen, Weinkrämpfe und anderes mehr, lassen sich bei vielen anderen Formen der Neurosen beobachten, ohne daß die betreffenden Objekte auch gleichzeitig an der schweren endogenen Disharmonie des Nerven- und Geisteslebens zu leiden hätten. Gelegentliche hysteriforme (sit venia verbo) Erscheinungen dürften sich in der Tat auch bei manchen Personen beobachten lassen, wenn sie unerwartet von einem schweren äußeren Ereignis überrascht werden; in solchen Fällen bestände die Berechtigung, den Zustand mit Psychogenie zu bezeichnen, die Voraussetzung erscheint dabei dann aber auch, daß sich die einen solchen Kurzschluß hervorrufenden Momente von selbst in kürzester Zeit lösen, vom Kranken als etwas Fremdes, bei klarer Einsicht leicht Beseitigendes empfunden und beurteilt werden. Bei regelrechter Hysterie liegen die Verhältnisse anders, viel komplizierter, jedenfalls nicht in allem präzise definierbar. Über die Hysteriefrage ist oft und andauernd diskutiert worden, wobei man den Eindruck hat, daß die meisten dasselbe meinen, nur anderes dabei sagen. Auf alle Fälle muß ich, lediglich auf eigenen Beobachtungsresultaten fußend, meinen Standpunkt dahin aussprechen, daß die Hysterie, als eigenartiges Verhalten des Geisteslebens, eine endogene funktionelle Störung darstellt, daß das stärkere und wechselnde Hervortreten einzelner, für die Störung charakteristischer Erscheinungen meist, jedoch nicht immer, psychogener Natur ist, daß aber andererseits gewisse, unseren medizinischen Beobachtungen zugängliche Vorgänge, welche den hysterischen homolog sind, bei vielen Personen auf rein psychogenem Wege auftreten können, ohne daß man aus denselben einen Schluß auf eine hysterische Konstitution ziehen dürfte: die meisten hysterischen Störungen sind psychogen bedingt, aber weit weniger psycho-



gene Störungen sind hysterisch. Wenn man auch bei genauem Zusehen und bei sorgfältiger Betrachtung des Gegenstandes immer gewisse nervöse Zustände beobachten wird, bei welchen eine äußere Ursache einzig und allein den Grund für die Entstehung der Störung darbietet, so muß man doch an der Tatsache festhalten, daß weitaus der größte Teil dieser krankhaften Äußerungen aus inneren Gründen hervorgeht.

Interessant vom vergleichenden völkischen Standpunkt aus erscheint es nun zu sein, wie überaus wechselnd die einzelnen Volksarten oft bei der gleichen inneren Anlage auf gewisse gleiche äußere Vorkomnisse reagieren. Die Frage der Neurosen gestaltet sich vielleicht noch schwieriger als die der Psychosen bei der vergleichenden Betrachtungsweise, da letztere doch mehr oder weniger glatt umrissene Bilder darstellen; die Neurosen hingegen nehmen in dieser Hinsicht eine ganz andere Stelle ein, indem sie einerseits bald qualitativ, bald quantitativ zum normalen, physiologischen Geschehen hinneigen, nur verschärfte oder bizarr entartete normalpsychologische Züge aufweisen, während andererseits die Züge der meisten Neurosen eine innige Verwandtschaft und Hinneigung sowohl zu einzelnen Symptomen affektiver Seelenstörungen, als auch zu den Frühstadien gewisser intellektueller und der seltenen paranoischen Erkrankungen besitzen. Obwohl hierdurch eine Schwierigkeit in vergrößertem Umfange für die richtige Beurteilung entsteht, gewährt dieser Umstand doch wiederum die Möglichkeit, sich tiefer mit dem Charakter und speziellen völkischen Eigenschaften zu beschäftigen. —

Weitaus am häufigsten erscheinen die nervösen Störungen bei den Juden. Je tiefer und unentwickelter der Kreis ist, aus dem der betreffende Kranke hervorgeht, umso vielgestaltiger und mannigfaltiger projiziert sich die Krankheit nach außen, dabei läßt die Intensität der äußeren, rein körperlichen Erscheinungen keineswegs einen Schluß zu auf eine gleichzeitige analog starke Affektion der Grundstörung des psychisch-nervösen Geschehens. Bei den Juden kann in der Neurosenlehre eine auffallende Gegensätzlichkeit der Geschlechter im Verhältnis zum Kultur- und Bildungskreis nachgewiesen werden: bei den gebildeten Schichten überwiegen die nervösen Störungen der Frauen, bei den niederen Schichten die der Männer. Allgemein sieht man, wie diese

Rasse zu nervösen Störungen neigt, wenn man oft ganze Familien von fünf und mehr Personen zur Beobachtung bekommt, bei welchen ziemlich gleichartige nervöse Zustände sich bemerkbar machen. Räumt man auch den suggestiven Einflüssen eine Rolle ein, indem die Tochter von der Mutter, der Bruder von der Schwester und ähnlich weiter ein nervöses Symptom nach dem anderen gewissermaßen durch innigen Konnex ererbt oder übernimmt, so muß doch immerhin für den grandiosen Umfang, den diese Krankheiten besitzen, eine besonders auffällige Disposition vorhanden sein. Warum die Juden gerade häufiger zu schweren Neurosen neigen, als andere Volksarten, wird wohl kaum jemand in vollkommen befriedigender Weise beantworten können, daß diese Tatsache als solche aber einwandfrei dasteht, wird ein jeder Arzt, welcher in einem Lande seine Tätigkeit ausübt, wo neben anderer Bevölkerung auch Juden in größerer Zahl wohnen, ohne Bedenken bestätigen müssen. In bezug auf die Hysterie, welche doch vielleicht als eine der schwersten funktionellen Erkrankungen des Nervensystems angesprochen werden muß, hebt *Oppenheim* [1]) hervor, womit er das stete Vorkommen der Erblichkeit dieses Leidens (*Charcot*) ablehnt, daß heftige Gemütserschütterungen eine Hysterie unmittelbar hervorzurufen imstande sind, meist jedoch sind es länger anhaltende, wiederholentliche schmerzliche Aufregungen und weit mehr die Schmerzen, die der Mensch dem Menschen, als die, welche das Schicksal ihm bereitet. Durch die psychischen Traumen erklärt *Oppenheim* es auch in erster Linie, daß die jüdische Rasse in so hervorragendem Maße von den Neurosen und besonders von der Hysterie heimgesucht wird, doch mögen auch andere Momente, wie die Häufigkeit der Verwandtenehen, die mangelhafte Ausbildung der Körperkräfte, die durch die erschwerten Daseinsbedingungen gezeitigte Erwerbssucht und anderes mehr im Spiele sein.

Bei aller Vielgestaltigkeit der Neurosen der jüdischen Rasse muß die große Suggestibilität beachtet werden, welche, wenn auch nur in bezug auf einzelne auffällige Symptome, wohl fast bei den meisten Kranken in stärkerem oder schwächerem Grade beobachtet wird. Dieser Umstand erklärt es auch, daß so viele Ärzte, welche den nötigen psychlogischen Scharfblick besitzen, so überraschend schnelle

[1]) *Oppenheim*, Lehrbuch der Nervenkrankheiten Bd. 2, 1908, S. 1200.



und durchschlagende Augenblickserfolge in der Behandlung von Neurosen bei Juden erzielen. So umgehend die Suggestibilität aber Heilerfolge zeitigt, so plötzlich kann aber auch dank derselben andererseits wiederum irgendein komplizierendes Moment neue Erscheinungen einer Störung heraufzaubern. Diese labilen Konstitutionen sind eigentlich stets im Wechsel zwischen der manifesten psychoneurotischen Dysfunktion und scheinbarer Gesundheit. Dem beobachtenden Auge präsentieren sich die krankhaften Zustände als Lähmungen, Gefühlsstörungen, isolierte und universelle Krämpfe, Zittern, ferner von seiten innerer Organe als Sekretionsanomalien, perverse Atmungs- und Schluckbewegungen, Reiz- und Ausfallszustände des Magendarmkanals, wie Aufstoßen, Brechen, Darmatonie usw. All dieses erläutert, wie überaus vielseitig das gesamte Nervensystem solcher Kranken dabei alteriert ist, daß die zerebrospinalen, vom Willen abhängigen, sowohl wie die vagosympathischen, vielfach von den Gemütsbewegungen getriebenen und überhaupt die vegetativen Nervenfunktionen in gleicher Weise an den geschilderten Affektionen beteiligt sein können. Bei keiner einzigen anderen zum Vergleich herangezogenen Volksart findet man eine solche vielseitige Störung der Sekretion und Vasomotion, wie bei den Juden. Während sonst solche Störungen meist mehr als Anomalien einzelner Personen von rein individuellem Charakter auftreten, bilden sie bei der jüdischen Rasse ein verhältnismäßig häufiges Vorkommnis. Die von mir beobachteten Angio-und Trophoneurosen von mehr oder weniger schwerem Charakter betrafen fast ausschließlich Juden. Unter angestellten Beobachtungen über das flüchtige, akute Hautödem [1]) fand ich eine einzige solche Affektion bei einem Deutschen, wobei immerhin als Nebenursache exogene Schädlichkeiten mitspielten, alle anderen Kranken waren Juden, bei denen nur der endogene Faktor, die Instabilität des vegetativen Nervensystems, in Frage kam. Auf Grund der auffälligen Erscheinungen, die bei der geschilderten Rasse zutage treten, müssen wir mit *Reichardt* [2]) zwei Typen von Menschen unterscheiden, welche oft als „hysterisch" bezeichnet werden: „erstens solche, bei denen lediglich eine primäre reine psychische Abnormität vorliegt, und die vegetativen Funktionen im wesentlichen normal funktionieren; und

[1]) *Siebert*, Neurol. Ztlbl. 1917, H. 1.

[2]) *Reichardt*, H. 8 der Arbeiten aus d. Psych. Klin. zu Würzburg, S. 105.



zweitens Patienten, bei denen die vegetativen Organe bezw. deren nervöse Zentren selbst in einer zum Teil sehr starken Weise erkrankt sind, so daß diese Erkrankung die Hauptquelle für die subjektiven, vielfach als hysterisch angesehenen Klagen bilden kann. Daß derartige Wesen so häufig, außer ihren vegetativen Störungen, auch psychisch-nervöse Anomalien aufweisen, dies kann mehr oder weniger Zufall sein; es kommt allerdings auch ein innerer Zusammenhang zwischen den Symptomen, die sich auf dem Gebiet der Psyche, und denen, die sich auf dem Gebiet des autonomen bezw. sympathischen Systems äußern, als möglich in Betracht". Ich muß annehmen an der Hand der ganz besonders oft zu beobachtenden Schwankungen im Tonus der Gefäßinnervation, in der Turgeszenz des Gesichtes, der Regulation gewisser Organfunktionen usw., daß viele, jedoch nicht alle, Beschwerden von Kranken, welche an einer komplizierten allgemeinen Neurose leiden, nicht hypochondrisch eingebildet oder autosuggeriert oder halluziniert sind, sondern in reell begründeter Weise bestehen. Auffallend erscheint hierin ein Umstand zu sein, daß die Kinder aus Mischehen zwischen Juden und Deutschen vielfach sehr ausgesprochene neurotische Störungen aufzuweisen pflegen, ja ich habe Fälle beobachtet, wo der jüdische Einschlag aus der ersten Generation sich bei der dritten Geschlechtsfolge in Form chrakteristischer schwerer angio- und trophoneurotischer Störungen äußert.

Oben deutete ich bereits an, daß die Schwierigkeit groß ist, bei gewissen Krankheitsprozessen Unterschiede zwischen hysterischen und neurasthenischen Formen zu ziehen, besonders da eine ganze Reihe von Erscheinungen sich untereinander mischt, doch bleibt jedenfalls die Tatsache feststehend, daß bei den Juden die Neurosen einen mehr somatischen bezw. somato-psychischen Charakter besitzen, als bei den anderen Volksarten Kurlands. Es entsteht eben anscheinend durch die Labilität und Instabilität der Organ-, Bewegungs- und Empfindungsfunktionen in rückwirkender Weise leicht das psychische Korrelat dazu, während primär eingewurzelte psychische Vorstellungen bei den Juden weit weniger anzutreffen sind, als bei den unten zu beschreibenden Nationalitäten. Es erscheint daher auch leicht verständlich, wenn Herz-, Magen- und andere Neurosen infolge der durch die Dysfunktion bedingten Sensationen entsprechende Körpervorstellungen wachrufen.



Nächst den Juden lassen sich die Neurosen ähnlicher Art, wie die oben geschilderten Typen, am häufigsten bei den Litauern beobachten. Es wurde schon hervorgehoben, daß nicht selten gerade die Litauer im Beginn von Verblödungsprozessen ausgesprochen hysteriforme Erscheinungen beobachten lassen, bis dann schließlich der weitere Verlauf erst die Krankheit vollkommen deklariert; bei voll entwickeltem Prozeß schwinden übrigens meist wieder die der Neurose homologen körperlichen Reiz- und Ausfallserscheinungen. Wenn auch die Tropho- und Angioneurosen bei den Litauern lange nicht in dem Maße zutage treten, als bei den Juden, und dagegen mehr Krämpfe bezw. Lähmungen der willkürlich innervierten Muskulatur und Sensibilitätsstörungen der Hautdecken oder tiefer gelegenen Gewebsschichten sich bemerkbar machen, so ist der rein psychische Faktor bei ihren Störungen mehr ausgesprochen, als bei den Juden. Es überwiegen auch die somatopsychischen Vorstellungen, welche vielfach sich bis zu schweren hypochondrischen Denkstörungen steigern können, doch auch auf anderen Komponenten des Geisteslebens macht sich die nervöse Affektion reichlich bemerkbar. So sind Zwangsvorstellungen bei den Litauern nicht ungewöhnlich, auch allerhand Phobien gehören zu den nicht selten auftretenden Bestandteilen der nervösen Erkrankungen. Besonders lebhaft sind die sexuellen Beschwerden der phantastischsten und sensationellsten Art. Während bei den Juden die Vita sexualis entweder eine Steigerung oder meist jedoch eine Abschwächung der Funktion im Verlauf der neurotischen Störung erleidet, entwickeln sich bei den Litauern seltener regelrechte Veränderungen des Geschlechtslebens an sich, als vielmehr die sonderbarsten Empfindungen in bezug auf die Genitalorgane, wie das Gefühl des Schrumpfens, der Schwellung usw. Ob diese Beschwerden nun rein hypochondrisch halluziniert sind oder aber wirklich eine reale Grundlage besitzen, läßt sich der Regel nach nicht entscheiden. — Im Gegensatz zu den Juden sind die Litauer weit weniger suggestibel, man muß in der größten Anzahl von Krankheitsfällen es beobachten, wie die Macht der Vorstellung sich nicht durch die sogenannte rationelle Psychotherapie oder in Wachsuggestion beseitigen läßt; die Autosuggestion bezw. das psychogene Moment spielen bei den psychischen Anomalien der neuropathischen Litauer keine irgend nennenswerte Rolle. Die Krankheit verläuft, soweit sie in Heilung ausklingt



oder ihre manifesten Anzeichen verliert, nach inneren Gesetzen und ist eigentlich von therapeutischen Maßnahmen nicht abhängig. Die schweren Störungen körperlicher Natur, seien sie nun Reiz- oder Ausfallserscheinungen, trotzen desgleichen, wenn auch nicht so intensiv und erfolglos, wie die psychischen, den kurativen Einflüssen. Eine hysterische Lähmung ist z. B. bei dieser Volksart ein schwieriges Behandlungsobjekt, welches wesentlich ungünstiger in der Prognose zu bewerten ist, als die meisten gleichwertigen Störungen bei anderen Völkerschaften. Diese Krankheitszustände treten dabei gleich intensiv bei Männern und Frauen auf, und die Behandlung bietet keine wesentlichen Unterschiede beim einen oder anderen Geschlecht dar. Daß alkoholische Exzesse oft hysteriforme Erscheinungen, in der Regel lebhafte allgemeine Erregungszustände und Krampfanfälle, hervorrufen, wurde bereits oben erwähnt, es betraf die erste Schilderung der schwersten Formen, welche meist solche Kranke zu zeitweisen Objekten der Psychiatrie macht, während die leichteren Formen meist in der Häuslichkeit, oft auch ohne ärztliche Hilfe, vorübergehen. Ein gewisser Hang zum Mystischen, zum Geheimnisvollen veranlaßt die Litauer vielfach, nicht den Arzt aufzusuchen, sondern sich — besonders bei psychisch-nervösen Leiden — von Homöopathen, allerhand Kurpfuschern, sogenannten „Bläsern", usw. behandeln zu lassen. Die geringe Suggestibilität dieser Volksart läßt aber auch diese Behandlungsmethoden gewöhnlich, trotz des Glaubens an dieselben, vollkommen versagen. Dieser Hang zu solcher Art Therapie findet sich in fast gleichem Maße mehr oder weniger bei allen Schichten des Volkes, so daß neben allerhand rein propagandistischen rein äußeren Momenten ohne Zweifel ein gewisses inneres Streben nach etwas Außergewöhnlichem vorausgesetzt werden darf.

Was die Russen anbelangt, so weist diese Volksart unzweifelhaft in bezug auf die Neurosen weit mehr verwandte Züge mit den Juden und Litauern auf, als beispielsweise mit den unten zu erwähnenden Deutschen und Letten. Die Russen sind sehr suggestibel, entbehren dabei aber durchaus des Hanges zur nichtärztlichen Behandlung und stellen dadurch für den Arzt ein immerhin leichter zu behandelndes Objekt dar, da sie der wissenschaftlichen Medizin ein vollkommenes Vertrauen entgegenbringen. Allgemein überwiegen bei den Russen die psychischen Anomalien der Neurosen, die körper-



lichen sind der Regel nach Reizerscheinungen; ich habe funktionelle greifbare Ausfallssymptome bei ihnen eigentlich nie beobachten können. Die psychischen Störungen sind in so gewaltigem Grade abhängig von den Affekten, daß der mit diesen Erscheinungen nicht vertraute Beobachter gar zu leicht geneigt sein kann, an irgendeine in der Entwickelung begriffene Psychose zu denken. In gewissen Fällen entwickeln sich in kurzer Zeit wahnhafte Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen bezw. andere schwere psychische Anomalien, die jedoch keineswegs zu einer dauernden Geistesstörung oder einem Verblödungsprozeß führen, sondern oft unter dem Einfluß ärztlicher Behandlung ihrem Ende zuneigen. Viele solcher Zustände lassen sich angeblich durch Hypnose gut beeinflussen, ich persönlich besitze auf diesem Gebiet keine Erfahrung, um über die Wirksamkeit derselben urteilen zu können. Die verhältnismäßig häufige Verwendung der Hypnose seitens der russischen Ärzte spricht ja doch eigentlich in dem Sinne, daß dieselben bei ihren Volksgenossen günstige Objekte für diese Art der Therapie finden. Daß es sich dabei immer um die Beseitigung eines Symptoms handelt und nicht um die Heilung des Krankheitsprozesses, ist selbstverständlich. Zwangsvorstellungen, Befürchtungen, überhaupt neurasthenische und hypochondrische Symptomenkomplexe haben bei den Russen lange nicht so stabile Formen, als bei vielen anderen Volksarten, obgleich sie meist endogener Natur sind. Diese Erscheinungen tragen bei ihnen einen mehr periodischen Charakter, wo zu gewissen Zeiten die Beschwerden in den Vordergrund treten, um dann wieder zu schwinden. Der endogene Faktor läßt sich jedenfalls in reichlicher Anzahl durch gleichzeitiges Vorhandensein neurotischer Störungen bei den Erzeugern als sicher belegen; daß daneben der ständige Einfluß einer solchen Umgebung seine Schädigung auf eine disponierte Persönlichkeit ausüben muß, läßt sich nur zu oft in deutlichster Weise beobachten. Die Suggestibilität der Russen, nebst der leicht auslösbaren Affekterregbarkeit derselben bedingen durch innigen Konnex auf dem Gebiet des Nerven- und Seelenlebens lebhafte Entladungen bei einer größeren Anzahl von Menschen. Diese Paroxysmen sind psychogen entstanden, finden aber für ihre Entwickelung einen stets reifen Boden. Ich habe bei ganzen Gruppen die sensationellsten hypochondrischen Vorstellungen durch irgendeinen einschlägigen Fall oder gar eine aufgebauschte

Erzählung entstehen gesehen, war in der Lage, gewaltige Affektschwankungen nach der positiven Seite und nach der negativen hin zu beobachten, ohne daß sich solche Vorstellungen bei den Objekten lange zu halten vermögen. „Die suggestive Vorstellung erregt nicht nur direkt eine subjektive Überzeugung, sondern sie ist lebhaft sinnlicher, anschaulicher Art, sie entsteht ohne Reflexion und ist geeignet, in andere, ohne jede logische Begründung, eingepflanzt zu werden (zum Unterschiede von der Überredung), und sie erzeugt weiter einen starken Impuls zur Aktivität.“ Diese Worte *Friedmanns* [1]) haben unzweifelhaft die Möglichkeit vollkommenster Anwendbarkeit in bezug auf die stets labile Affekterregbarkeit der Russen. Man muß ferner strikt daran festhalten, daß, wenn wir für vieles Pathologische im psychisch-nervösen Geschehen exogene, rein psychisch bedingte Entstehungsursachen verantwortlich machen können — wie oben bereits erwähnt wurde —, die Reaktion der russischen Volksart auf äußere Einflüsse eine stärkere ist, daß sie auch da stürmisch auftreten kann, wo bei anderen Volksarten überhaupt keine beachtenswerte Erwiderung einsetzt, daß aber deswegen keinesfalls von einer Exogenese der allgemeinen Neurosen bei den Russen die Rede sein soll, dieselben weisen selbstverständlich die gleichen Krankheitsformen auf, wie jede andere Volksart.

Wesentlich anders als bei den Juden, Litauern und Russen liegen die Verhältnisse bei den Deutschen und Letten. Es ist für mich in der Zeit, wo ich diesbezügliche Beobachtungen angestellt habe, als ziemlich klar anzusehen, daß die Formen, in denen sich die Störungen des nervösen Geschehens zeigen, bei Letten und Deutschen keineswegs in einer solch differenten Art verlaufen, wie bei den andern Volksarten. Während die rein körperlichen Anzeichen oder Begleitsymptome der allgemeinen Neurosen bei diesen beiden zuletzt erwähnten Nationalitäten sichtlich weniger hervortreten, als bei den anderen, lassen sich gerade die rein psychischen Anomalien, die Denkstörungen und abnormen Vorstellungen, am wesentlichsten beobachten, zudem ist entschieden eine sehr ausgesprochene Stabilität der krankhaften Verstellungen bei den Letten und Deutschen nachweisbar. Selten sind rein psychogene Störungen,

[1]) *Friedmann*, Wahnideen im Völkerleben. Wiesbaden 1901. S. 205.



die zu voll entwickelten neurotischen Symptomenkomplexen führen. So oft gerade unter der Landbevölkerung der Schreck — das doch entschieden häufigste psychogene Moment — als auslösende Ursache für die Entstehung von Psychosen angesehen wird, so wenig Berechtigung konnte ich diesem Faktor für die Entstehung der Neurosen bei diesen beiden Nationalitäten, sowohl den Landbewohnern als auch den Städtern, beimessen. Es scheint jedenfalls, als ob diese Volksarten sichtlich viel geringer mit vom Gewöhnlichen abweichenden Vorstellungen und Innervationstörungen auf äußere Eindrücke reagieren, als die anderen um sie herum wohnenden Völkerschaften. Ich habe es wohl gesehen, daß z. B. die Nachricht von einem schweren Eisenbahnunfall bei einer anscheinend nicht hysterischen Frau lettischer Nationalität, die ihren Mann im betreffenden Zuge wußte, eine linksseitige Bewegungs- und Empfindungslähmung hervorrief, die prompt in einigen Tagen sich zurückbildete, auch Explosionen und andere Ereignisse waren gelegentlich imstande, Reiz- und Ausfallserscheinungen auf psychogenem Wege zu bedingen, allgemein muß ich aber, auf meinen Beobachtungen fußend, immer wieder auf die relative Widerstandsfähigkeit des Nervensystems dieser beiden Volksarten gegenüber den anderen hinweisen. Bei den an Neurosen krankenden Deutschen und Letten ist der degenerative Charakter sehr stark ausgesprochen. Es läßt sich bei weitaus der größten Zahl nachweisen, daß hierbei ein ererbtes bezw. familiäres Leiden im Spiele ist. Die schwersten hypochondrischen Zustände, welche bleibend das psychische Geschehen begleiten, lassen sich gerade bei den Deutschen und mehr noch bei den Letten beobachten, sowohl bei der Stadt-, als auch bei der Landbevölkerung. Bei der Betrachtung der allgemeinen Neurosen, soweit sie eben ein Objekt der Anstaltspsychiatrie wurden, hob ich bereits hervor, daß die Aufnahme von Letten und Deutschen meist bei schweren Formen von neurasthenisch-hypochondrischem Typus erfolgte, also ein direkter Gegensatz zu den übrigen Nationalitäten bestand, bei welchen mehr die hysterischen bezw. rein psychogenen Störungen zur Beobachtung gelangten. Neben der sichtlich degenerativen Anlage, welche die den allgemeinen Neurosen eigenen psychischen Anomalien bedingt, spielt bei der lettischen Volksart eine vielfach zu Grübeleien über die Umgebung und über das eigene Ich hinneigende Denkrichtung eine nicht zu unterschätzende Rolle. Daß



dieses Moment eine angeborene hypochondrische Anlage wesentlich fördern und vertiefen muß, erscheint als selbstverständlich, der Kranke kommt nie von seinen Gedanken, gegebenen Falles von seinen somatopsychischen Vorstellungen los. Tatsächlich läßt sich eine Periodizität im Verlauf solcher Neurosen relativ selten bei den Letten beobachten. Die negative Komponente zieht sich wie ein roter Faden durch das Leben des betreffenden Menschen, nur ein leichtes An- und Abschwellen der krankhaften Erscheinungen tritt gelegentlich zutage, nie ein vollkommenes Schwinden derselben. Dabei muß stets auf das Vorkommen im wahren Sinne des Wortes eingebildeter Krankheitsvorstellungen aufmerksam gemacht werden, wie solche nur zu leicht bei ungebildeten Personen durch unzweckmäßige Lektüre entstehen können. Gerade unter der lettischen Bevölkerung habe ich dieses in großem Maßstabe beobachten können. Auch ohne das Vorhandensein von ausgesprochenen nervösen Störungen und dazu disponierenden Momenten bildet gerade das Lesen solcher Abhandlungen oft eine Quelle von Vorstellungen, die nicht so leicht den ärztlichen suggestiven Einflüssen weichen. Wenn ich mich so ausdrücken darf, scheint jedenfalls das somatopsychische Moment bei den psychisch-nervösen Affektionen der Letten durchaus im Vordergrunde zu stehen. Ich habe dieses reichlich bei allen Kultur- und Gesellschaftsschichten verfolgen können, die Landbevölkerung ist keineswegs mehr davon verschont, als die Bürgerschaft und die Arbeiter der Städte. Der Unterschied ist dabei lediglich quantitativer Art, nicht qualitativer. Im gewöhnlichen Leben mit unserer Alltagspsychologie ist oft ein fließender Übergang von normalen Empfindungen zu krankhaften wahrzunehmen. „Die Organempfindungen werden umgeformt, und unter dem Einflusse einer krankhaften kombinatorischen, phantatischen Gehirntätigkeit entwickelt sich der Irrtum des Hypochonders zum Irrsinn des Paranoischen. Die gleichen seelischen Vorgänge sind in beiden Fällen in unserem Bewußtsein tätig, aber die eigenartige persönliche Veranlagung schafft hier den Hypochonder, dort den Paranoischen“ (*A. Behr*)[1]. Das individuelle Abwägen und Abschätzen einzelner somatopsychischer Beschwerden

[1]) *A. Behr*, Über den Glauben an die Besessenheit. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 63, H. 1.



muß daher stets mit sehr viel Reserve und dem Versuch näheren Verständnisses geübt werden, indem z. B. die allgemein primitiveren Beschwerden der Landbauern gelegentlich einen solchen phantastischen Charakter annehmen können, daß man bei einem Städter schon mit einer paranoischen Organ-Wahnidee rechnen müßte. Jedenfalls ist dieses Gebiet durchaus in der Hinsicht so beachtenswert und lehrreich, daß man sich stets im äußersten Grenzgebiet zwischen Psychose und Neurose weiß.

Die Deutschen zeigen gleichfalls wenig ausgesprochene Anzeichen der Neurosen auf körperlichem Gebiet. Lähmungen psychogener Natur sind selten, Tics, Klonismen gleichwie Sensibilitätsstörungen lassen sich eher nachweisen. Die Erblichkeit im Sinne psychisch nervöser Erkrankung der Eltern, sogar der Voreltern kann unverkennbar bei den meisten schweren Neurosen beobachtet werden, daneben kommen vielfach auch andere disponierende Momente bei den deutschen Neurotikern in Frage, wie häufigere Konsanguinität der Eltern und anderes mehr. Alkohologene hysteriforme Krankheitserscheinungen, welche bei fortgesetzter Abstinenz schwanden und nicht mehr manifest wurden, habe ich auch bei Deutschen, besonders bei Frauen beobachtet, wesentlich mehr als bei den Letten. Die weitaus häufigste Form der von mir bei den Deutschen feststellbaren nervösen Störungen war ein allgemeines Insuffizienzgefühl von stark neurasthenischem Charakter; der endogene Faktor ist bei diesen Affektionen unschwer festzustellen, in dem Sinne spricht auch die auffallend geringe Suggestibilität der Deutschen. Die deutschen Landbauern zeigen sichtlich geringere phantastische Beschwerden — meist zwar auch somatopsychischer Art —, als ihre entsprechenden nervenkranken Nachbarn lettischer Nationalität. Stabile Zwangsvorstellungen habe ich am häufigsten unter deutschen Patienten zu beobachten gehabt. —

Geschlechtliche Iusuffizienz ist, wie überhaupt die Kriterien der sexuellen Neurosen, am häufigsten bei den Juden und Russen, nächst denselben bei den Deutschen zu beobachten. Geschlechtliche Perversitäten, soweit es sich nicht um schwere, meist von Idioten oder Imbezillen ausgeführte Delikte handelt, habe ich recht wenig als Objekt neurologischer Behandlung oder Begutachtung gehabt. Das Material dieser Abnormitäten war so gering, daß es für die Frage



einer vergleichenden Betrachtung völlig bedeutungslos ist, es handelt sich dann jedenfalls um Juden und Deutsche, wobei sich ein stark degenerativer Einschlag deutlich nachweisen läßt. — In letzter Reihe will ich noch einige Bemerkungen über die hysterischen Dämmerzustände anknüpfen, deren ich eine größere Anzahl beobachten konnte, und die gerichtsärztliche Beurteilung, welche mir oblag. Zur Annahme solcher Zustände habe ich mich in forensischen Fragen, als auch in rein ärztlicher Auffassung, sehr schwer und nur bei sorgfältig erhobener Vorgeschichte entschlossen. Oben wurde bereits auf die große Zahl schwerer Hysterien bei den Litauern hingewiesen, und gerade bei dieser Volksart habe ich die Dämmerzustände oft gesehen. Von anhaltenden Dämmerzuständen wurden in meinem Beobachtungskreis am meisten befallen Russen und Juden. Angenommen wurden solche Störungen nur dort, wo vorher längere Zeit hindurch, meist jahrelang, anderweitige hysterische Symptome bestanden, bis dann eine Affekterregung einen Dämmerzustand hervorrief. Bei einer deutschen Patientin habe ich regelmäßig sich wiederholende einwandfreie hysterische Dämmerzustände beobachtet, und zweimal konnte ich solche bei lettischen Frauen, sowie einmal bei einem lettischen Mann feststellen, sonst betrafen diese Störungen ausschließlich die übrigen Volksarten. —

Ergebnis des zweiten Teils:

Berücksichtigt man die große Frage des Einflusses, welche der jeweilige Bildungsgrad, die materielle Lage, die Art der Beschäftigung nebst den entsprechenden nutzbringenden hygienischen Einrichtungen (bezw. dem Fehlen solcher) und überhaupt der gesamte Kulturzustand einer ganzen Volksart auf die Entstehung oder die Verhütung von psychisch-nervösen Erkrankungen auszuüben imstande sind, so muß man immer wieder von neuem sich die Tatsache vorhalten, daß gewisse Störungen bezw. Reaktionsformen des Nervensystems nicht Volkskrankheiten im eigentlichen Sinne des Wortes sind, sondern nur gewisse soziale Unterschiede darstellen. Immerhin bleiben, auch bei der allerkritischsten Betrachtungsweise, noch viele wohlcharakterisierte Erscheinungen, als eigenartige rassen- und volksindividuelle Symptome, bei den einzelnen Neurosen übrig. Diese Unterschiede sind auch sichtlich krasser, als bei den Psychosen, und wenn ich alles zusammenfasse, scheint es mir doch festzustehen, daß bei den Juden,



den Litauern und Russen die Disposition zu nervösen Störungen durch äußere Einflüsse leicht psychogene Reaktionsformen hervorruft, welche dann meist in auffälliger Weise sich in somatisch greifbarer Art nach außen hin dem Blick des Beobachters darbieten, — am wenigsten scheinen die Russen diese Erscheinungen aufzuweisen —, während die Deutschen und Letten mehr in psychischer Hinsicht Anomalien des psychisch-nervösen Geschehens zeigen, indes die körperlichen Projektionssymptome des psychischen anormalen Lebens sich weniger, als bei den oben erwähnten Volksarten, auf die Organfunktionen — Bewegung, Empfindung und Sekretion — übertragen.

Ein epileptisches Mädchen als Rechenkünstlerin.

Von

Dr. **Rudolf Ganter**, Wormditt.

Die Patientin ist jetzt 24 Jahre alt. Mit 12 Jahren kam sie in die Anstalt. Zu Hause hatte sie die Schule vom 6. Jahre ab besucht, hier ging sie noch 2 Jahre in die Anstaltschule. Sie war eine der besten Schülerinnen, was bei uns allerdings nicht viel besagen will. Immerhin beantwortete sie gelegentlich Fragen aus dem kleinen, und soweit mitunter darüber hinübergegriffen wurde, auch aus dem großen Einmaleins mit großer Raschheit. Damit hatte es dann sein Bewenden. Einmal aber, als ich zufällig — es war im Sommer 1916 — beim Rundgang einige Rechenaufgaben stellte, kam auch unsere Kranke heran, hörte lächelnd zu und löste sie fix, wenn die andern versagten. Dem fügte sie dann noch die Aufforderung bei: Sie können noch weiter fragen! Ich tat es, und damit war die Kranke als Rechenkünstlerin entdeckt. 12 Jahre hat's hierzu gebraucht.

Zunächst wollen wir die Kranke vorstellen:

Helene B. wurde am 6. November 1893 in Danzig geboren. Der Vater, Steinschläger, trank, litt an Krämpfen im linken Bein und starb mit 41 Jahren an Lungenschwindsucht. Eine Schwester des Vaters wurde von „Wutkrämpfen" befallen. Die Mutter lebt und ist gesund. Die Kranke ist das älteste Kind. Sonst machte die Mutter noch folgende Geburten durch: 1. ein Junge, Zangengeburt, kam tot zur Welt; 2. ein Mädchen, 21 Jahre alt, gesund. Lernte gut in der Schule; 3. Mädchen, Totgeburt; 4. Mädchen, Totgeburt. Die Mutter hat ein enges Becken, worauf wohl diese Störungen beruhen. Dafür sprechen auch die Geburtstörungen aus einer zweiten Ehe, aus der von fünf Geburten nur drei durchkamen: 1. Mädchen, Spontangeburt, gesund; 2. Kranioklasie; 3. Junge, Spontangeburt, ein Jahr alt an Masern gestorben; 4. Geburt von sieben Monaten (häufige Blutungen der Mutter), lebte nur eine halbe Stunde; 5. Junge, gesund.

Von Kinderkrankheiten hat Patientin nach dem ärztlichen Zeugnis die Masern durchgemacht. Sie bekam schon als kleines Kind Zuckungen



in der linken Hand und im rechten Fuß. Sie besuchte die Volksschule mit Erfolg, zeigte sich gelehrig, schnell fassend, von gutem Gedächtnis. Nach ihrer eigenen Angabe mußte sie die unterste Klasse wiederholen. Von Charakter lebhaft, zänkisch, bösartig. Die Anfälle (die wohl auf die früheste Kindheit zurückgehen: Zuckungen) traten unregelmäßig bei Tag und bei Nacht, zuweilen täglich auf. Vor dem Anfall wurde es ihr schlecht, mit einem Schrei fiel sie hin, war bewußtlos und steif, nachher kurze Zeit benommen. Körperlich gesund, etwas schwerhörig. Ohne Erfolg ärztlich behandelt. Die Kranke wurde am 12. Oktober 1905 in die hiesige Anstalt aufgenommen.

Derzeitiger körperlicher Befund: Größe 145 cm, Gewicht in den letzten Jahren 42—44 kg, bei der Aufnahme 133 cm und 31 kg. Die Kranke ist also in den 12 Jahren nur um 12 cm gewachsen, ihr Gewicht um etwa 12 kg gestiegen. Sie ist ziemlich klein, schmächtig gebaut und steht ihrer körperlichen Entwicklung nach auf der Stufe eines etwa 16 jährigen Mädchens. Kopfumfang 52 cm; Nase - Hinterhauptshöcker (Bandmaß) : 30 cm, (Zirkelmaß): 16,8 cm; Ohr - Ohr (Bandmaß): 29 cm (größte Breite, Zirkelmaß): 13 cm; Breite der Stirn 12 cm, Höhe 6 cm; Nasenwurzel - Kinn 12 cm. Rechte Kopfhälfte etwas kleiner, Gesicht etwas schmal. Die Crista frontalis über der äußeren Orbitalgegend tritt beiderseits ziemlich vor [1]). Die Scheitelhöcker wölben sich leicht kugelig vor. Die Hinterscheitelgegend nach der Hinterhauptsschuppe zu schief abfallend. Schlitzaugen mäßigen Grades. Gaumen ziemlich eng, hoch. Zahnbildung ohne Besonderheit, untere Schneidezähne eben abgeschliffen (hinter den oberen stehend). Größe des rechten Ohres 7 × 3,5 cm, des linken 6 × 3 cm. Auf dem linken Ohr verschwindet die Helix von der Mitte ab. Ohrläppchen angewachsen. Leichte, nach rechts konvexe Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule. Eine Folge dieser Verbiegung mag sein, daß die Kranke den Kopf immer steif nach links geneigt hält, eine Erscheinung übrigens, die mir seinerzeit auch bei ihrer rechten Schwester auffiel. Die Kranke ist linkshändig. Sie macht Handarbeiten links, schreibt aber und ißt rechts. Menses mit 13 Jahren, anfangs unregelmäßig, später regelmäßig [2]). Kniereflex links + +, rechts +. Fuß-, Bauchreflex +. Berührungs- und Schmerzempfindung +. Pupillenreaktion +.

Was die epileptischen Anfälle betrifft, so treten diese in typischer

---

[1]) Trotz mehrmaliger Betrachtung bin ich nicht um diese Stirnecke herumgekommen und weiß jetzt noch nicht, ob sie dasselbe bedeutet wie die berühmte Mathematikerstirnecke von *Möbius*.

[2]) Seit Februar 1916 ausgeblieben. Dieselbe Erscheinung machte sich auch bei andern Kranken geltend als Folge der Kriegsernährung. Auch in der Praxis draußen wurde diese Kriegsamenorrhöe beobachtet (*Schweitzer*, Kriegsamenorrhöe. Münch. med. Wschr. Nr. 1917, 17, und *Gräfe*, Über Kriegsamenorrhöe. Ebenda Nr. 18).



schwerer Weise auf mit tonisch-klonischen Krämpfen und darauffolgender Benommenheit. Daneben kommen auch solche leichterer Art vor, indem die Kranke hinsinkt, etwas vor sich hin murmelt, speichelt und dann noch kurze Zeit herumtorkelt. Keine Aura. Über die Zahl der Anfälle im Laufe der Jahre, die leichteren sind eingeklammert, gibt folgende Zusammenstellung Auskunft:

1906 : 24 (104). 4.0—6.0 Brom. Pausen von 8—10 Tagen, auch kürzer, dann meist 3—4 Tage hintereinander Anfälle.

1907 : 15 (77). 4.0 Br. Pausen wie oben. Fünf Monate nur leichtere Anfälle, dann auch wieder schwerere.

1908 : 33 (53). 3.0 Br. Einen Monat ganz frei, einen Monat beurlaubt, sonst unverändert.

1909 : 62 (95). 3.0 Br. Pausen etwas kürzer. Anfälle meist an 3—4 Tagen hintereinander.

1910 : 62 (52). 2.0 Br. Im Oktober keinen Anfall, sonst gleich.

1911 : 55 (37). 2.0 Br. Einen Monat beurlaubt, sonst gleich.

1912 : 59 (98). Vier Monate ohne Br., fünf Monate 2.0 Br., ohne großen Unterschied; drei Monate Zimmtsäurebr. ohne Wirkung.

1913 : 26 (41). Die ersten drei Monate 2.0 Br.: 20 (29), die anderen neun Monate salzarme Kost und 2 Sedobrol.: 6 (9). Vier Monate ganz frei, wovon zwei hintereinander, sonst nur zwei bis drei Anfälle im Monat auf einmal, im Dezember ein leichterer Anfall.

1914 : 14 (57). Bei salzarmer Kost und 2 Sedobrol die ersten acht Monate 1 (27), wovon einen Monat ganz frei. Bei 1 Sedobrol die letzten vier Monate 13 (30)[1].

1915 : 62 (50). Salzarme Kost und Sedobrol ab wegen großer Reizbarkeit und Zanksucht. Dafür 3.0 Br. Nun wieder der alte Zustand. Größere und kleinere Pausen wechseln ab. Die Zahl der hintereinander auftretenden Anfälle nimmt etwas zu.

1916 : 41 (37). 2.0 Brom. Meist 3 Wochen Pause, dann an 4 Tagen hintereinander Anfälle.

Was das sonstige Verhalten unserer Kranken betrifft, so zeigte sie von jeher ein eigensinniges, störrisches, zanksüchtiges Wesen. In den ersten Jahren ihres Aufenthaltes nahm dieses oft recht widerwärtige Formen an: sie strampelte, warf sich auf den Boden, heulte anhaltend. Eine Zeitlang hatte sie die Gewohnheit, wenn ihr etwas Unangenehmes widerfuhr, den Mund aufzusperren, nach Luft zu schnappen, den Kopf dabei nach links drehend. Das hat sich, wie gesagt, in den letzten Jahren

[1]) Über die Wirkung dieser Behandlungsmethode s. unsere Abhandlung: Über die Behandlung der Epilepsie mit salzarmer Kost und Sedobrol, und Sedobrol und Luminal. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 1916, Bd. 40.

mehr gelegt, nur ihr Grundcharakter hat sich natürlich nicht verändert. Mit den andern Kranken kann sie nicht zur Arbeit geschickt werden, da sie sofort sich zu zanken anfängt. Sie hält sich auch selbst gern für sich, hat sie doch schon als Kind nicht am Spiel der andern teilgenommen. Jetzt ist sie am zufriedensten, wenn sie bei ihrer Strickerei sitzt.

Wie aus der obigen Zusammenstellung hervorgeht, zeigen die Anfälle ein mehr serienweises Auftreten. Vor und zwischen den Anfällen ist die Kranke mißgestimmt und klagt über allerlei Schmerzen, ist die Anfallperiode zu Ende, macht sich bei ihr einige Tage eine große Geschwätzigkeit geltend. Aber auch ihre sonstige Redeweise hat manches Auffällige, ist umständlich, abschweifend, Worte am Anfang des Satzes werden am Schlusse in etwas anderer Umstellung wiederholt, wie wir das weiterhin am besten an einer ihrem Briefe entnommenen Stelle zeigen werden. Eines ihrer Lieblingsflickworte ist „gerade so". Nebenbei bemerkt, habe ich diese Redeweise noch bei einem Epileptiker beobachtet, der nach jedem zweiten oder dritten Worte „vielmehr" sagt, wobei er sich gewöhnlich noch mit der rechten Hand über den Hinterkopf fährt: eine Art psychischen Tics.

Rechenprüfung. — Bei der Rechenprüfung ging ich so vor, daß ich der Kranken die Aufgabe vorsagte und sie nachsprechen ließ. Bei den mehrstelligen Zahlen ging das einige Male hin und her. Saß die Aufgabe aber einmal fest, so wurde kein Wort mehr zwischen uns gesprochen. Patientin hatte nur das Ergebnis anzugeben und mir im Anschluß daran die Art ihres Kopfrechnens zu diktieren.

A. Vervielfältigung. Aufgabe 1. 45 × 37 = 1650, in ½ Minute. [Falsch!] Nein 1665, in ½ Minute. Sie rechnete: 2 × 45 = 90; 90 × 37 = 3330; davon nehme ich die Hälfte = 1665.

Aufgabe 2. 62 × 84 = 5208, in 2 Minuten: „80 × 62 = 4960, 4 × 62 = 248. Nun zähle ich zu 4960 die 248 dazu: 960 + 40 = 1000, 4000 + 1000 = 5000; von 248 muß ich die 40 wieder abziehen = 208, 5000 + 208 = 5208."

Aufgabe 3. 53 × 67 = 3551, in 1½ Minuten. „Von 67 bis 70 fehlen 3, 3 × 53 = 159, 70 × 53 = 3710. Nun muß ich von 3710 die 159 wieder abziehen: 3710 — 110 = 3600, nun noch 49 abziehen: 3600 — 49 = 3551."

Die Art, wie die Patientin hier abzieht, ist so charakteristisch und grundlegend für ihr ganzes Vorgehen, daß ich jetzt schon darauf hinweisen möchte, bei den größeren Aufgaben wird das noch viel deutlicher zutage treten. Sie rechnet nämlich ganz so, als hätte sie die Tafel vor sich: 9 von 0 geht nicht, weil doch 9 mehr ist. Dann muß ich einen Punkt machen. Das sollte 10 bedeuten, 9 von 10 = 1. Dann 4 von 9 = 5. Dann noch 5 und 3 anschreiben. Dann ist es gerade 3551.

Nicht weniger bezeichnend ist die große Umständlichkeit, mit der sie zu Werke geht.

Aufgabe 4. 743 × 34 = 214 262, in 6 Minuten. [Falsch!] = 25 262, in 11 Minuten. „60 × 743 = 44 580, davon die Hälfte = 22 290, 4 × 743 = 2972, 2290 + 2972 = 90 + 72 = 162, 1 im Kopfe behalten, 62 anschreiben, 22 + 29 = 51 + 1 = 52; die 52 muß ich vor die 62 setzen = 5262, nun noch 2 davor = 25 262."

Man sieht, Patientin erleichtert sich die Rechnung keineswegs. Statt 60 × 743 und von der Summe dann die Hälfte zu nehmen, hätte sie doch viel einfacher 30 × 743 rechnen können. Aber bei ihrem außerordentlichen Zahlengedächtnis spielt das keine Rolle.

Aufgabe 5. 874 × 53 = 46 322, in 2½ Minuten. „5 × 74 = 370, 70 anschreiben, 3 im Kopf behalten; 5 × 8 = 40 + 3 = 43. Die werden vor die 7 geschrieben = 43 700 (noch eine 0, weil es 50 × 74 heißen muß). 3 × 874 =: 3 × 74 = 222, 22 anschreiben, 2 im Kopfe behalten; 3 × 8 = 24 + 2 = 26; die 26 vor die 22 = 2622; 3700 + 2622 = 37 + 26 = 63 und 22 = 6322, nun noch 4 vorsetzen = 46 322."

Aufgabe 6. 468 × 322 = 151 096, in 7 Minuten. [Falsch!] = 151 096, in 8 Minuten. [Falsch!] = 150 696, in 2½ Minuten. „300 × 468 = 3 × 468. 468 × 3 = 1404 (rechnet wie auf der Tafel); 300 × 468 = 140 400;

22 × 468 = 468
× 2
―――
936, noch einmal 936 darunter setzen:
936
―――
10 296

140 400 + 10 296 = 150 696."

Aufgabe 7. 876 × 532 = 466 032, in 10 Minuten. „876 × 5 = 4380, = 438 000, 876 × 3 = 2628, = 26 280 (so angeschrieben wie sie rechnet). 438 000 + 26 280 (unter die drei Nullen schreibe ich 280 und die 26 unter die 38) = 464 280, 876 × 2 = 1752, 4280 + 1752 (80 + 32 = 132, 32 anschreiben, 1 im Kopf behalten usw.). Nun noch 46 vorsetzen = 466 032."

Aufgabe 8. 4362 × 6871 = 2 Mill. 68 Hundert 71 302, in 18 Minuten. [Falsch!] = 26 Mill. 8 Hundert 71 302, in 5 Minuten. [Falsch!] = 2 Mill. 96 Hundert 71 302, in 1 Stunde. [Falsch!] Das richtige Ergebnis lautet: 29 971 302. Man sieht, die fünf letzten Stellen sind richtig, mit den andern konnte Patientin nicht zurechtkommen. Die Zahlen verwirren sich offenbar in ihrem Kopf. Der Hauptgrund hierfür liegt darin, daß sie eine achtstellige Zahl überhaupt nicht richtig lesen konnte. Ich ließ sie nun die Aufgabe schriftlich machen. Jetzt brachte sie die richtige Lösung heraus, las aber: 2 Mill. 99 Hundert 71 302. Nachdem ich ihr auf der Tafel klargemacht hatte, wie eine derartige Zahl zu lesen ist, gab ich ihr nach einigen Tagen eine neue Aufgabe, die sie nun richtig löste:

Aufgabe 9. 6324 × 2175 = 13 754 700, in 35 Minuten: 6324 × 5 = 31 620, 6324 × 7 = 44 268. Nun zählte sie die beiden Summen zusam-



men, wobei sie besonders bemerkte, daß 68 unter die 62 komme und nicht etwa unter die 20: 31 620 + 442 68 = 474 300, 6324 × 21 = 6324 × 2 = 126 480, 6324 × 1 = 6324, 126 480 + 6324 = 132 804, 474 300 + 132 804 = 13 754 700. Auch hier bemerkt sie wieder, daß 804 unter die 743 zu setzen ist. Man sieht also auch hier, daß Patientin genau so rechnet wie auf der Tafel. Erst vervielfältigt sie mit 5, dann mit 7; nun zählt sie zur Erleichterung ihres Gedächtnisses die beiden Zahlenreihen zusammen. Dann vervielfältigt sie mit 21 und berechnet die Gesamtsumme. Sie weiß auch, wie beim Zusammenzählen die Zahlenreihen richtig untereinander zu setzen sind, genau so wie es auf der Tafel gemacht wird.

Aufgabe 10. 8256 × 6932 = 57 230 592, in 38 Minuten: 8256 × 32 = 8256 × 2 = 2 × 56 = 112, 12 anschreiben, 1 im Kopfe behalten, 2 × 82 = 164 + 1 = 165, die Nummer kommt vor die 12 = 16 512; 8256 × 3 = 24 768 (wie oben gerechnet); 16 512 + 24 768 = 264 192; 8256 × 69 = 569 664 (wie oben zerlegt); 264 192 + 569 664 = 57230 592.

Aufgabe 11. 5 288 316 × 76 = 401 912 016, in 45 Minuten: Erst vervielfältigte sie mit 6, dann mit 7 und zählte die Summe zusammen: 5 288 316 × 6, wobei sie die unterklammerten Zahlen zusammennimmt, anschreibt, im Kopfe behält und zur folgenden Summe zuzählt, wie wir es ja schon kennen. Merkwürdig ist, daß sie hier die Summe wieder nicht richtig las. Sie diktierte nämlich: 40 Mill. 1 Hundert 912 Tausend und die Null mit den 16.

B. Teilung. Da ich im Anschluß an die Vervielfältigungsaufgaben die Patientin habe auch die Probe machen lassen, konnten jetzt gleich größere Aufgaben gegeben werden. Auch beim Teilen verfährt Patientin genau so, als rechnete sie auf der Tafel.

Aufgabe 1. 21 298 : 463 = 64, in 5 Minuten. [Falsch!] = 46, in ½ Minute (sie habe sich versprochen).

```
21298 : 463 = 46
1852
 2778
 2778
```

Aufgabe 2. 4 057 416 : 792 = 5123, in 17 Minuten.

Aufgabe 3. 94 669 902 : 3467 = 27 306, in 18 Minuten.

```
94 669 902 : 3467 = 27306
69 34
25 329
24 269
  1 0609
  1 0401
     20802
     20802
```

Sie rechnet: 2 × 67 = 134, 34 anschreiben, 1 behalten; 2 × 34 = 68,



+ 1 = 69; 34 kommt unter die 66, 69 unter die 94; 34 von 66 bleibt 32 usw. Nun habe ich 25 329 durch 3 467 zu teilen usw. 69 von 29 kann ich nicht, ich entlehne 1; 69 von 129 bleibt 60; nun habe ich noch 242 von 252 abzuziehen, bleibt 10. Hat Patientin also eine fünfstellige Zahl abzuziehen, so nimmt sie erst zwei und dann drei Stellen. Hat sie abgezogen, so holt sie sich die nächste Zahl herunter, also z. B. 9, und rechnet dann: also muß ich 10 609 : 3467 teilen usw.

Aufgabe 4. 190 595 328 : 4928 = 3976, in 65 Minuten. [Falsch!] = 38 676, in 20 Minuten.

C. Zusammenzählung. 318 + 427 + 538 + 712 + 901 + 289 = 3887, in 14 Minuten. [Falsch!] 3185, in 2 Minuten. Patientin prägt sich die Zahlen so ein: die erste Zahl heißt 318, die zweite 427 usw. Das erste Mal, erklärte sie mir, habe sie von oben angefangen zusammenzuzählen, als ich sagte: Falsch! von unten. Sie rechnete: 289 + 901 = 89 + 1 = 90, 2 + 9 = 11, die 11 vor 90 anschreiben = 1190; 1190 + 712 = 190 + 712 = 902, die 1 davorsetzen = 1902; 1902 + 538 = 38 + 2 = 40, 40 anschreiben; 19 + 5 = 24, 24 vor die 40 setzen = 2440 usw. Patientin zählt also jeweils die folgende Zahl zu der vorher erhaltenen Summe hinzu.

D. Abziehung. Aufgabe 1. 63 527 636 — 20 244 123 = 43 283 313, in 4 Minuten. [Falsch!] 43 283 613, in 2 Minuten. [Falsch!] 43 283 613, in 4 Minuten. [Falsch!] 43 283 513, in 1 Minute. Sie rechnet in bekannter Weise: 36 — 23 = 13, 6 — 1 = 5. Die 5 kommt vor die 13 = 513; 24 — 44 geht nicht, 1 entlehnen, ich muß einen Punkt an die 5 machen; 127 — 44 = 83; nun schreibe ich 83 vor die 513; nun muß ich 2 von 5 abziehen, aber ich habe 1 geborgt, also muß ich 2 von 4 abziehen = 2. Die 2 kommt vor die 8; nun 63 — 20 = 43. Die 43 kommt vor die 2, also bekomme ich 43 283 513. Das Rechnen geht also gerade wie auf der Tafel und in der Umständlichkeit des Schulrechnens vor sich.

Aufgabe 2. 568 221 103 — 369 783 827 = 198 437 276, in 18 Minuten. Patientin zog erst 827 von 1103 ab, dann 83 von 120, 7 von 11 und zuletzt 369 von 567.

Erinnerungsvermögen für Zahlen. — Bei den Aufgaben 45 × 37, 62 × 84, 53 × 87 dauerte das Rechnen und Erklären eine Stunde. Nach dieser Stunde konnte Patientin alle drei Aufgaben und ihr Ergebnis wiederholen. Ebenso nach 24 Stunden (16. 6. 16). Jetzt wurde die Aufgabe 743 × 34 gestellt. Nach drei Tagen (19. 6. 16) wußte sie die Aufgabe noch, auch die ersten drei Aufgaben brachte sie noch zusammen, wenn auch erst nach langem Nachdenken. Am 24. 6. 16, also fünf Tage nach dem letzten Rechnen, wußte sie noch die ersten drei Aufgaben, die vom 16. 6. hatte sie dagegen vergessen. Von den beiden Aufgaben vom 19. 6.: 874 : 53 und 468 × 322 hatte sie die erste vergessen, von der zweiten sagte sie 768 statt 468, sonst war die Wiederholung richtig. 26. 6. 16: Von den ersten drei Aufgaben wußte sie noch 45 × 37,



62 × 84, von dieser aber nicht mehr das Ergebnis. Die dritte Aufgabe hatte sie ganz vergessen. Ebenso hatte sie die Aufgaben vom 16. und 19. 6. vergessen. Die Aufgabe vom 24. 6.: 21 298 : 463 aber wußte sie noch. Hier ist es natürlich nicht ausgeschlossen, daß sie sich die letzte Aufgabe auf der Abteilung öfters in Erinnerung gerufen hat. 18. 7. 17: Patientin wußte noch die Aufgabe vom 5. 7. 16: 876 × 532 = 466 032. Sie gab zu, daß sie heute über die Aufgabe nachgedacht habe. Immerhin ist zu beachten, daß in dem 13 tägigen prüfungslosen Zwischenraum an drei Tagen hintereinander drei größere und drei kleinere Anfälle aufgetreten waren. 31. 8. 16: Nach einer einstündigen Prüfung über Schulkenntnisse wußte Patientin die gestrige Aufgabe noch richtig anzugeben: 63 527 636 — 20 244 123 = 43 283 513. 9. 9. 16: Sie erinnerte sich noch, abgesehen von einem kleinen Fehler, an die Aufgabe vom 5. 9. 16: 568 221 103 — 369 783 827 = 168 437 276. Der Fehler bestand darin, daß sie 473 statt 437 angab. Wohlgemerkt, gestern hatte ich sie angewandte Aufgaben rechnen lassen. 13. 11. 16: Nachdem sie 8256 × 6932 gerechnet hatte, frug ich sie nach der Aufgabe vom 8. 11. 16. Sie wußte noch: 6324 × 2175 = 13 Millionen 700. Das Übrige hatte sie vergessen.

Aus der Erinnerungsprüfung geht hervor, daß Patientin auch hierin Außerordentliches leistet. Die ersten drei Aufgaben hafteten besonders lange, wohl weil sie die Prüfung einleitend den nachhaltigsten Eindruck auf Patientin gemacht hatten. Größere Aufgaben fangen mit fünf Tagen an zu verblassen. Gewiß wird Patientin, sobald sie einmal bemerkt hatte, daß ich ihr Erinnerungsvermögen prüfen wollte, sich die Aufgaben zwischendurch ins Gedächtnis gerufen haben. Diesen Umstand suchte ich aber dadurch möglichst auszugleichen, daß ich sie erst wieder neue Aufgaben rechnen ließ, bevor ich am Schlusse derselben oder auch erst am folgenden Tage wieder auf die alte Aufgabe zurückkam.

Vergleich mit der Rechnungsart anderer Rechenkünstler. *Wizel* hat den Fall einer Rechenkünstlerin veröffentlicht [1]). Zum Vergleich habe ich unserer Kranken dieselben Aufgaben wie *Wizel* der seinigen gestellt. Einige Beispiele daraus mögen genügen:

Vervielfältigung:	*W*.s Kranke:	unsere Kranke:
56 × 56 = 3136,	in 1 Sekunde,	in 30 Sekunden
99 × 99 = 9801,	„ 2 „	„ 3 „
87 × 87 = 7569,	„ 6 „	„ 2 Minuten
64 × 64 = 4096,	„ 7 „	„ 1½ „
77 × 77 = 5929,	„ 11 „	„ 45 Sekunden.

Wizel gab erst Aufgaben mit gleichnamigen Zahlen, dann mit ungleichnamigen:

[1]) *Wizel*, Ein Fall von phänomenalem Rechentalent bei einer Imbezillen. Archiv f. Psychiatrie 1904, 38, S. 123.



	W.s Kranke:	unsere Kranke:
16 × 37 = 592,	sofort,	in 1 Min.
28 × 14 = 392,	in 4 Sek.,	„ 10 Sek.
39 × 15 = 585,	„ 8 „	„ 15 „
56 × 18 = 1008,	„ 11 „	„ 30 „
48 × 17 = 816,	„ 12 „	„ 30 „

Teilung:

	W.s Kranke:	unsere Kranke:
576 : 16 = 36,	sofort,	in 15 Sek.
336 : 16 = 21,	„	„ 2 „
225 : 15 = 15,	„	„ 10 „

Beim Zusammenzählen und Abziehen versagte *W*.s Kranke vollständig. Was nun die Art der Ausführung anbelangt, so zerlegte *W*.s Kranke die Zahlen in Faktoren. *W*. fragte z. B., wie sie 36 × 36 = 1296 gerechnet habe. Sie sagte nur 81 × 16, worauf *W*. annimmt, daß die Zerlegung so war: 36 × 36 = 4 × 9 × 4 × 9 = 16 × 81 = 1296. Wie rechnete unsere Kranke? 36 × 3 = 108 + 0 = 1080; 36 × 6 = 216; 1080 + 216 = 1296. Also ganz wie auf der Tafel, die Zahlen untereinander geschrieben: 36
× 3

Was das Verfahren des Rechenkünstlers Inaudi betrifft, fand ich in der Abhandlung von *Wizel* eine Aufgabe, wie sie Inaudi zerlegte: 325 × 638 = 207 350. Er rechnete so:

300 × 600 = 180 000	300 × 8 = 2 400
25 × 600 = 15 000	25 × 30 = 750
300 × 30 = 9 000	25 × 8 = 200
	207 350.

Unsere Kranke löste diese Aufgabe in 17 Minuten in ihrer bekannten Weise: 600 × 325 = 325 × 6 (untereinander geschrieben und gerechnet wie auf der Tafel) = 1950 + 00; 40 × 325 = 325 × 4 = 1300 + 0. Da sie mit 40 statt mit 38 vervielfältigt hatte, zog sie 2 × 325 von 13 000 ab = 12 350. 195 000 + 12 350 = 207 350. Ein anderer Rechenkünstler, Mondeux, zerlegte nach *Wizel* in folgender Weise: 2435 × 3648 = 24(00) × 36(00), 24(00) × 48, 35 × 36(00), 35 × 48. Einige Bemerkungen hierzu wollen wir für die Zusammenfassung aufsparen.

Intelligenzprüfung. — Das Bild, das wir bisher von unserer Kranken gewonnen haben, wäre unvollständig, wenn wir uns nicht auch von ihrem gesamten geistigen Besitzstand, ihren geistigen Fähigkeiten überhaupt Kenntnis verschaffen wollten. Hierzu dienen die verschiedenen Methoden der Intelligenzprüfung. Den Übergang sollen angewandte Rechenaufgaben bilden, die nicht mehr bloß ein mechanisches Rechnen, sondern auch Nachdenken, Überlegen, Schließen verlangen. Viel ist es freilich nicht, was wir der Kranken vorlegen können. Maße und Gewichte kennt sie nicht. Ob sie das, wie sie behauptet, in der Schule nicht gehabt

habe, oder es vergessen hat, mag dahingestellt bleiben. Ich entnahm die Aufgaben einem Rechenheft, das im 2. Volksschuljahr gebraucht wird [1]). Auch hier sagte ich ihr die Aufgabe vor, die sie im Kopfe lösen mußte.

1. 133 Pferde brauchen in 30 Tagen 9975 kg Heu. Wieviel macht das auf einen Tag? — 332, Rest 15.

2. Ein Heuvorrat reicht für eine Kuh 6 Monate. Wieviel Monate reichen damit 2 Kühe? — 3 Monate.

3. Wieviel Stunden hat der Januar? — 744.

4. Wieviel Dreimarkstücke bekommt man für 9 Zehnmarkscheine? — Sie rät herum, löst die Aufgabe auch nicht, als ich sie über die Geldsorten belehrt hatte.

5. 6 Arbeiter pflastern eine Straße in 12 Tagen, wie lange braucht 1 Arbeiter? — Rät herum, sagt 2 Tage. Dann: Er muß arbeiten, bis er Geld kriegt. Jeder muß so lange arbeiten, bis er stirbt. Nach einigen Tagen komme ich wieder auf diese Aufgabe zurück und bemerke, daß 1 Arbeiter doch 6mal so lange arbeiten müsse, worauf sie antwortet: 6 Tage.

6. Welche Zahl ist um 3500 größer als 2500? — Die 500, wo hinter die 2000 gerade ist, ist größer.

7. Zieht man von einer gewissen Zahl 2400 ab, so erhält man 7600. Wie heißt die Zahl? — Dann sind es gerade 10 000 gewesen.

8. Ein Haufen Weizen wog 76 Pfund, ein Haufen Roggen 72 Pfund. Um wieviel war der Roggen leichter als der Weizen? — 4 Pfund.

9. Wie lange reicht ein Pferd mit 550 l Hafer, wenn es täglich 11 l erhält? — 50 Tage.

10. Ein Vater ist 41 Jahre alt. Er sagt an seinem Geburtstage zu seinem Sohne: „Heute bin ich gerade 4mal so alt wie du.“ Wie alt war der Sohn? — 164 Jahre alt. $4 \times 1 = 4$ und $4 \times 4 = 16$. Ich dachte 4×41 zu nehmen.

11. Ein Mann rauchte täglich 6 Zigarren zu je 7 Pf. Wieviel Mark kosteten ihm die Zigarren im Jahre? — 153 M. 30 Pf.

12. Wieviel Dreimarkstücke gibt es für einen Hundertmarkschein? — 9 M., denn 3×3 M. sind 9 M. Von den 10 M. bleibt 1 M. übrig. (Hast du schon einen Hundertmarkschein gesehen?) — Das sind 10 M.

Von den 12 Aufgaben brachte Patientin 5 nicht heraus. Charakteristisch für ihr Rechnen war, daß sie ohne viel Nachdenken immer nur vervielfältigen und teilen wollte, so daß es besonders anfangs Mühe machte, sie an der Kandare zu halten. Ein gutes Beispiel hierfür ist die Aufgabe 10. Hier berechnete sie für den Sohn, dessen Vater 41 Jahre alt ist, ein Alter von 164 Jahren! Bei manchen Aufgaben (4, 5) verliert sie sich in ein ödes Geschwätz. Aufgabe 2 ist vielleicht ein Zufallstreffer, besonders da sie die ähnliche Aufgabe 5 nicht zu lösen vermochte. Alles in allem ge-

[1]) Büttners Rechenhefte, Ausgabe C, H. 2.



nommen, zeigt es sich, daß unsere Patientin um so eher versagt, je mehr Nachdenken eine Aufgabe verlangt. Wir wollen weiter sehen.

Fragen aus der Bibel. Da die Bibel in der Schule eingehend behandelt und in den Predigten immer wieder darauf zurückgegriffen wird, eignen sich Fragen hieraus gut sowohl zur Prüfung von Schulkenntnissen als auch zur Verstandesprüfung. Mit geschichtlichen und geographischen Fragen ist man meist bald zu Ende.

Was war vor 1917 Jahren? — Da war die Erschaffung der Welt, Gott war allein auf der Welt.

Wann wurde J. Chr. geboren? — Am 24. Dezember, am Anfang der Welt. Das 1. Jahr nach der Welterschaffung kam J. Chr. auf die Welt.

Was war denn vorher? — Vorher war gar nichts.

Wann haben Adam und Eva gelebt? — Keine Antwort.

Wer kam nach Adam? — Eva, dann Kain, Abel, dann Abraham mit den Israeliten.

Wann wurde J. Chr. geboren? — Wie die 12 Monate zu Ende waren. (Sie denkt offenbar an Weihnachten.)

Wann wurde J. Chr. geboren in Beziehung auf Adam? — J. Chr. war vor Adam und Eva geboren.

Kennst du die Arche Noah? — Das habe ich gehört, aber vergessen.

Wer hat die Arche gebaut? — Simon.

Warum hat er eine Arche gebaut? — Damit daß daraus eine Kirche gebaut werde.

Hast du etwas von Moses gehört? — Ja, Moses hatte die Kirche aus der Arche gebaut.

Die Zehn Gebote, die Sakramente, die üblichen Gebete kann sie gut aufsagen.

Fragen über Zeitereignisse. Warum ist dieser Krieg entstanden? — Wenn einer sich wollte zum l. Gott hingegeben haben.

Warum kamen die Russen? — Um die Menschen von Ostpreußen totzuschießen.

Wer hat denn die Russen geschickt? — Der l. Gott, denk ich auch, der l. Gott hat es dem Kaiser angegeben, und dann hat er die Russen geschickt.

Welcher Kaiser ist das? — Ich denke der Kaiser von Berlin, denn von andern kenne ich keinen Kaiser. Der l. Gott hat doch angegeben, daß erst der Kaiser sollte zu hören kriegen, wie es sollte sich darauf bedenken können, wie es mit dem Kriege zu bestehen hatte sich. Ob es sollte geschehen werden oder gar nicht.

Witzmethode (nach Vf.)[1]. Schneider: „Jetzt ist der Kerl über alle

[1]) *Cimbal* hat diese Methoden zusammengestellt in seinem Taschenbuch zur Untersuchung nervöser und psychischer Krankheiten. Berlin 1913. Ferner *Gregor*, Leitfaden der experimentellen Psychopathologie. Berlin 1910.



Berge, ohne mir den Anzug bezahlt zu haben. Wenn ich das gewußt hätte, hätte ich 20 M. mehr gerechnet." — Da hat der wohl was haben wollen.

Sprichwörtermethode (nach *Finkh*). Der Krug geht so lange zum Brunnen, bis er bricht. — Wer der Krug möchte sein, das weiß ich nicht. Ich denke, es ist wohl der Tod.

Satzbildung (nach *Maßelon*). Vogel — Nest — Baum. — Der Vogel hat ein Nest am Baum. Wasser — Berg — Tal. — Manches Wasser liegt zwischen Berg und Tal.

Ergänzungsmethode (nach *Ebbinghaus*). (Die eingeklammerten Silben und Worte sind von der Kranken ergänzt.)

Da kam ei(ne) arme Wit(we) aus (Danzig) Nachbar (hieß), der mein Va(ter) in bes(sere zu die) Zeiten eini(ges) (ge)tan hatte. Die bat mei(ne) Mutter, (gut) zu stehen und mit (ihres) in die Hüt(te) zu gehen. Sie wollte (es) los [statt les] mit ihr tei(len), sag(te) sie, was sie (in) ih(re) Armut hät(te).

Unterschiedsfragen. Unterschied zwischen Treppe und Leiter? — Für jeden Menschen braucht man die Treppe. Die Leiter brauchen die Maurer, auch der Schornsteinfeger.

Zwischen Geiz und Sparsamkeit? — Geizig ist man, wenn eins von meinen Geschwistern bitten kommt, und man würde ihm nichts geben. Sparsamkeit, das ist so wie dem Nächsten zur Freude zu bringen.

Zwischen Borgen und Schenken? — Richtige, wenn auch umständliche Erklärung.

Fragen über Ursache und Wirkung. Warum ist es tags hell und nachts dunkel? — Die Tage sind zur Arbeit von morgens bis abends, wo es hell ist. Die Nächte sind dazu wie auszuruhen. Warum bleibt die Uhr stehen? — Weil die Uhr sollte aufgezogen werden.

Verblüffungsfragen. Was ist schwerer, ein Pfund Blei oder ein Pfund Federn? — Sie sagt natürlich ein Pfund Blei.

Auf derlei Fragen ist übrigens nichts zu geben, da auch bessere Leute darauf hereinfallen.

Erklärung eines Gedichtes. Pat. sollte ein einfaches Gedicht durchlesen und es erklären. (Kurzer Inhalt: Ein Greis schleppt wankend eine schwere Bürde einen Waldweg hinan, ein Knabe springt ihm bei und hilft ihm die Bürde tragen.) — Ein Waldweg wankt ihn an, und sauer wird ein armer Mann. Das stand so darin geschrieben auch. Sowie das Ganze habe ich mir nicht durchgelesen von oben an.

Briefstellen. Als Probe für die umständliche, teilweise wunderliche Ausdrucksweise und verzwickte Satzbildung der Pat. möge eine Stelle aus einem ihrer Briefe dienen:

Liebe Mutter wenn ich jetzt sollte auch was von mir zu euch wirklich sagen da frage ich euch wie es mit euch zu Mute geht. Denn es geht mir ganz gut im Leben, u. die liebe Mutter ich wünsche auch Hans von meinen

Herzen wenn er sollte im Monate April auf diesem Jahr anfang zu Unterricht gemacht haben wie so bis jetzt er würde noch immer gehen müssen, dann wünsche ich ihm, das er sollte mit diese schönste Freuden so wie auf diesem Monat im September zu diese Woche auf diesen Feiertag oder auf dem Sonntag das allerschönste Sakramente des Altares wie schön er mit den Freuden er es empfangen sollte wünschte ich es ihm auch von meinen ganzen Herzen zu die Gesund und zu die Freundlichkeit ich es ihm.

Prüfung von Gedächtnis und Merkfähigkeit. — Im Anschluß an die Intelligenzprüfung mögen auch diese beiden Fähigkeiten eine kurze Würdigung erfahren. Der Vergleich ist besonders wichtig mit Rücksicht auf das Zahlengedächtnis.

Ich gab der Pat. ein Gedicht zum Auswendiglernen auf: Der Tag des braven Kindes. Es wird darin das Aufstehen, Beten, in die Schule gehen, kurz das ganze Tagewerk eines Kindes in einfachen Versen beschrieben. Das Gedicht umfaßte 10 Strophen zu je 4 Zeilen.

Pat. lernte von vormittags bis abends mit Unterbrechungen, zusammen etwa 5 Stunden. Am folgenden Tage sagte sie es auf, wobei ich zweimal nachhelfen mußte. Nach weiteren 3 Tagen, wobei an einem Tage noch gerechnet worden war, mußte ich ihr beim Hersagen zehnmal nachhelfen.

Die Intelligenzprüfung ergibt, daß Pat. auf diesem Gebiete so gut wie versagt. Einfache angewandte Aufgaben löst sie noch, wenn auch ein Zufallstreffer darunter sein mag. Bei nur einigermaßen Nachdenken verlangenden Aufgaben kommt sie nicht zum Ziele. Aus der Bibel haften in ihrem Gedächtnis noch verschiedene Tatsachen, aber alles geht ihr bunt durcheinander im Kopfe herum. Es ist nicht die geringste Fähigkeit, die Tatsachen logisch miteinander zu verknüpfen, vorhanden. Auch die Zeitereignisse sind ihr ein Buch mit 7 Siegeln. Sie befindet sich zwar ja nicht auf der geistreichsten Abteilung, trotzdem hätte man etwas mehr Wissen erwartet für die Zeit, da die Russen die Anstalt mit Granaten bedachten. Aber das hat weiter keinen Eindruck auf sie gemacht. Mit Witzen und Sprichwörtern weiß sie nichts anzufangen. Von einem dem kindlichen Verständnis angepaßten Gedichte vermag sie nicht einmal den Inhalt, geschweige denn die Nutzanwendung anzugeben. Dabei kommt es weniger darauf an, daß sie keine Antwort weiß, als darauf, wie sie antwortet: meist der reinste Wortsalat. Am besten gelingen ihr noch die Unterschiedsfragen, die Satzbildung und die Wortergänzung, letztere freilich nur da, wo die zu ergänzende Silbe einem sozusagen auf der Zunge liegt. Charakteristisch sind ihre Briefe: dieser Haufen Worte, diese umständliche, weitschweifige, verschrobene, Worte zu Ende des Satzes wiederholende Ausdrucksweise, aus der man nur mit Mühe herausbringt, was sie eigentlich sagen will: das ist typisch epileptisch.

Gedächtnis und Merkfähigkeit der Pat. für andere Dinge als Zahlen bleiben unter dem Durchschnitt. Es kostet ihr ziemliche Anstrengung,



bis sie ein einfaches Gedicht auswendig kann. Auch entschwindet es ziemlich bald wieder ihrem Gedächtnis.

Für die Schwerbeweglichkeit und mangelnde Lernfähigkeit ihres Geistes mag folgendes Beispiel dienen: Nachdem Patientin etwa fünf Monate nicht mehr gerechnet hatte, gab ich ihr folgende Aufgabe: 4897 × 9320. Sie löste sie richtig: 45 640 040, diktierte aber wieder trotz aller früheren Belehrung: 45 Millionen 6 Hundert mit 40 Tausend, darauf die 40.

Zusammenfassung. — Vergegenwärtigen wir uns noch einmal die Rechenkunst unserer Patientin, so finden wir folgendes: Sie vervielfältigt:

eine 2stellige Zahl mit einer 2stelligen in ½—1½ Minuten,
„ 3 „ „ „ „ 2 „ „ 2½ „ ,
„ 3 „ „ „ „ 3 „ „ 18 „ (dann in 10),
„ 4 „ „ „ „ 4 „ „ 35 „ ,
„ 7 „ „ „ „ 2 „ „ 45 „ ,

Sie teilt eine 5stellige Zahl durch eine 3stellige in 5½ Minuten, eine 7stellige Zahl durch eine 3stellige in 17 Minuten. Sie zählt 6 3stellige Zahlen in 16 Minuten zusammen. Sie zieht eine 8stellige Zahl von einer 8stelligen in 11 (18) Minuten ab.

Vergleichen wir mit der Rechenkunst unserer Kranken den Fall *Wizels*, so zeigt sich, daß die Leistungsfähigkeit seiner Kranken weit hinter der der unsrigen zurückbleibt. Wohl vervielfältigt sie 2stellige Zahlen, besonders wenn sie gleichnamig sind, rascher als unsere Kranke (in 3—12 Sekunden), mitunter so rasch, daß *Wizel* selbst glaubt, sie habe das Ergebnis schon fertig im Kopfe. Sie kann auch noch eine 3stellige Zahl mit einer einstelligen vervielfältigen. Damit aber ist ihre Fähigkeit zu Ende. Teilen geht schlecht, Zusammenzählen und Abziehen kann sie überhaupt nicht. Demgemäß ist ihr Rechentalent gegenüber dem unserer Kranken recht beschränkt. Damit wollen wir aber ihre Fähigkeit nicht gering einschätzen, besonders da es sich um eine verblödete Kranke handelt, aus deren geistigen Trümmern ein immerhin bedeutendes Rechentalent hervorragt. Der Fall gehört übrigens nicht, wie *Wizel* meint, zur Imbezillität, sondern zum sogenannten sekundären Blödsinn. Die Kranke entwickelte sich bis zum 7. Jahre normal, erst an einen Typhus schloß sich die Verblödung an. Ihr Rechentalent muß natürlich angeboren gewesen sein, und ich nehme an, daß sie sich zu einer großen Rechenkünstlerin

entwickelt haben würde, wenn nicht die Krankheit alles bis auf einen allerdings noch recht bedeutenden Rest zerstört hätte.

In der Literatur sind noch verschiedene Fälle auffälliger Gedächtnisleistungen bei Schwachsinnigen veröffentlicht worden, so von *Berkhan* [1], *van der Kolk* und *Jansens* [2]. Der Imbezille von *Berkhan* vervielfältigte bis zu 4stelligen Zahlen. Doch scheint er lange nicht das geleistet zu haben wie unsere Kranke. Die Gedächtnisleistungen der meisten der von den Autoren angeführten oder geschilderten Schwachsinnigen liegen auf einem andern, wenn auch benachbarten Gebiet: ungewöhnliches Gedächtnis für Kalenderdaten und Namen oder fremdsprachliche Worte. Allen diesen Gedächtniskünstlern eigentümlich aber ist, wodurch sie eben besonders auffallen, der Gegensatz der einseitig entwickelten Fähigkeit und der mangelhaft oder gar nicht entwickelten Geisteskräfte auf andern Gebieten. Auch unsere Kranke muß ja auf Grund der Intelligenzprüfung als schwachsinnig bezeichnet werden, wenn sie auch da, soweit eine Beurteilung nach den Angaben der mir vorliegenden Literatur möglich ist, immerhin noch höher steht als ihre Kollegen. Daß man aber nicht gerade schwachsinnig sein muß, um ein auffallendes Gedächtnis zu besitzen, zeigt mir der Fall eines von Hansjakob erwähnten Pfarrers [3].

Wir haben oben schon bemerkt, daß es sich bei der Rechenkunst und dem Gedächtnis für Kalenderdaten, Namen und dergleichen um benachbarte Gebiete, also nicht um ein einheitliches Gebiet handelt. In der Tat gibt es Fälle von Schwachsinnigen mit einem hervorragenden Gedächtnis für Kalenderdaten, die auf dem Gebiete des Rechnens gar nichts leisten, z. B. der Fall *van der Kolk*s, der nicht einmal 2×3 ausrechnen konnte. Unsere Kranke dagegen hat weder Interesse noch Verständnis für Kalenderdaten gezeigt.

Wenn wir uns umsehen wollen, mit wem sich die Rechenkunst unserer Kranken vergleichen läßt, so müssen wir schon über die rein

---

[1] *Berkhan*, Über talentierte Schwachsinnige. Ztschr. für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns 1912, Bd. 5.

[2] *Van der Kolk* und *Jansens*, Außergewöhnliche Hypermnesie für Kalenderdaten bei einem niedrigstehenden Imbezillen. Allg. Ztschr. f. Psych. 1905, Bd. 62 S. 347.

[3] Hansjakob, Verlassene Wege. Stuttgart 1902. H. erzählt (S. 276): Der Pfarrer Strahl ist ein merkwürdiger Zahlenkünstler. Er kann von jedem Kalenderdatum sagen, auf welchen Wochentag dasselbe fiel, auch in vergangenen Jahrhunderten, und zwar sofort oder nach kürzestem Besinnen. Er sagte mir auch, daß seine Kunst weniger auf Berechnung als auf innerer Anschauung beruhe, d. h. er sehe den Kalender des betreffenden Jahres gleichsam vor seinem geistigen Auge aufgeschlagen.

psychiatrischen Fälle hinausgehen. Es ist kein Zweifel, daß sie den großen Rechenkünstlern überhaupt zuzuzählen ist, also einem Dase, Inaudi, Diamandi, die im vorigen Jahrhundert lebten. Der Piemontese Inaudi und der Grieche Diamandi haben ihren Schilderer in *Binet* gefunden [1]. Da ich das Buch *Binets* nicht kenne, sondern nur aus zweiter Quelle schöpfe, so kann ich auch nicht angeben, welches die Höchstleistungen dieser Rechenkünstler waren. Ich habe nur gelesen, daß Inaudi am Ende seiner Rechnungen 300 Ziffern, die von verschiedenen Aufgaben stammten, wiederholen konnte, daß Dase 2 Zahlen, jede von 20 Ziffern, in 6 Minuten, von 40 Ziffern in 40 Minuten, von 100 Ziffern in $8^3/_4$ Stunden miteinander vervielfältigte [2]. Soweit hat es allerdings unsere Kranke nicht gebracht. Wenn ich sie trotzdem zu den ersten Rechenkünstlern rechne, so geschieht das aus folgenden Gründen; Die großen Rechenkünstler üben sich ständig, sie gehen ganz in ihren Zahlen auf, sie haben für nichts anderes Interesse. Durch diese stete Übung sammeln sie ein fertiges Zahlenmaterial in ihrem Kopfe an und kommen auf allerlei Kunstgriffe, die ihnen das Arbeiten mit großen Zahlen außerordentlich erleichtern. Und unsere Kranke? Sie hat sich, abgesehen von der auf etwa 6 Monate sich erstreckenden Prüfung, nie mit Zahlen beschäftigt. Selbst in der Schule war nie eine besondere Vorliebe für Zahlen an ihr aufgefallen, abgesehen davon, daß sie eben besser im Kopf rechnen konnte als die andern. Und so war es die ganze Reihe von Jahren, seit ich die Patientin kenne, bis ich sie durch einen Zufall entdeckte. Und jetzt, nachdem die Rechenprüfung vorüber und ich mich nicht mehr mit ihr beschäftige, ist sie wiederum die alte, die strickt, gelegentlich sich zankt, ihre Anfälle bekommt und mitunter einmal den Wunsch äußert, einen Brief zu schreiben. Wie groß muß demnach ihr Zahlengedächtnis sein, wenn sie, durch die Prüfung plötzlich aus ihrem täglichen Einerlei aufgerüttelt, mit derartigen Zahlenreihen arbeiten kann, wie sie solche in der Schule kaum auf der Tafel hat rechnen müssen. Dabei bedient sie sich keinerlei Kunstgriffe; sie rechnet einfach schlechtweg wie auf der Tafel. Nach alledem glauben wir nicht zu viel gesagt zu haben, wenn

[1]) *Binet*, Psychologie des grands calculateurs et joueurs d'échecs. Paris 1894.

[2]) *Ahrens*, Rechenkünstler. Die Naturwissenschaften. 1914, 2. Jg.



wir unsere Kranke in eine Linie mit den großen Rechenkünstlern stellen.

Wir haben erwähnt, daß unsere Patientin nie eine besondere Vorliebe für Zahlen an den Tag gelegt hat. Das will aber nicht heißen, daß sie über das Rechnen keine Freude empfunden hätte. Wie die Ausübung jedes Talentes Vergnügen bereitet, so ging auch unsere Patientin bereitwillig an ihre Aufgabe heran und strahlte vor Vergnügen, wenn sie sie richtig gelöst hatte, und ebenso freudig teilte sie es ihrer Umgebung mit. Anders dagegen war ihr Verhalten, wenn ich mit der Intelligenzprüfung kam. Da wurde ihr Gesicht immer länger, mißmutiger, verdrießlicher, und schließlich schützte sie Kopfweh vor, um der ihr unangenehmen Sache zu entgehen.

Noch ein wichtiger Umstand — und dieser stempelt unseren Fall zu einem bis jetzt einzig in der Literatur dastehenden — darf bei der Beurteilung unserer Kranken nicht außer acht gelassen werden; sie leidet seit früher Jugend an typischen, etwa alle 3 Wochen mehrmals hintereinander auftretenden epileptischen Anfällen. Wir wissen, wie sehr epileptische Anfälle gerade die Gedächtniskraft zu schädigen pflegen, dem Zahlengedächtnis unserer Kranken aber haben sie nichts anhaben können. Dies ist ein Beweis dafür, wie tief die Anlage für das Zahlengedächtnis im Gehirn unserer Kranken verankert sein muß. Des weiteren dürfte wohl dieser Umstand dafür sprechen, daß das Zahlengedächtnis an eine bestimmte Stelle im Gehirn gebunden ist.

In Hinsicht auf die Epilepsie steht, wie gesagt, unsere Kranke einzig da, den Schwachsinn (vollständiger Mangel der Fähigkeit zum Urteilen und Schließen) teilt sie mit andern Rechenkünstlern. In welcher Beziehung steht nun hier die Epilepsie zum Schwachsinn? Am wahrscheinlichsten ist mir, daß beide auf eine gemeinsame Grundursache zurückzuführen sind. Die degenerative Anlage spielt wohl die Hauptrolle. Patientin ist durch die Trunksucht des Vaters und durch die Zufälle von dessen Schwester erblich belastet, weist eine Reihe Degenerationszeichen auf, ist in der ganzen Entwicklung zurückgeblieben. Ob sonst eine Schädigung des Gehirns stattgefunden haben mag? Patientin ist linkshändig, die Sehnenreflexe links sind dauernd gesteigert.

Einen derartig degenerativen Boden scheint *Krafft-Ebing* für das Rechentalent der Schwachsinnigen geradezu vorauszusetzen. Das



geht wohl zu weit, aber einverstanden kann man sich mit ihm erklären, wenn er in dem Zahlengedächtnis etwas Instinktives sieht, was übrigens von jedem Talent gilt. Für das Instinktive sprechen auch die von *Binet* erwähnten Fälle, wo diese Fähigkeit in einem verblüffend frühen Alter sich äußerte. Mit derselben Gewandtheit, mit der das eben dem Ei entschlüpfte Hühnchen sofort Körner aufpickt, vermag der Rechenkünstler mit den ihm gebotenen Zahlen zu arbeiten. Die Übung braucht dabei, wie in unserem Falle, nur eine geringe Rolle zu spielen, wo sie aber stattfindet, befähigt sie den Rechenkünstler zu fabelhaften Leistungen. Wenn *Binet* meint, die Rechenkünstler verlieren ihre Fähigkeit, wenn sie nicht ständig üben, so widerspricht dem unser Fall. Auch Inaudi hat nur in gewissem Sinne recht, wenn er von sich selbst sagt, er verliere viel von seiner Rechenfähigkeit, wenn er einen Monat in Büchern studiere. Er verliert wohl die auf den Kunstgriffen beruhende Schnelligkeit des Rechnens, nicht aber das Rechentalent selbst. Das gilt ja überhaupt von jedem angeborenen Talent.

Binet und *Charcot* haben untersucht, in welcher Weise die Zahlen bei den Rechenkünstlern haften. Inaudi eignete sich die Zahlen am besten durchs Gehör an, Diamandi durch den Gesichtssinn. *Berkhans* Fall rechnete kleinere Zahlen nach dem Gehör, größere nach Gesichtseindrücken. Was unsere Patientin betrifft, so habe ich ihr die Aufgaben immer nur vorgesagt, die sie dann nachsprach, bis sie sie richtig wiedergab. Jetzt saß sie da, den Kopf leicht zur Seite gewandt, in die Ferne blickend und flüsternd. Erklärte sie mir dann zuletzt ihre Rechnungsweise, so machte sie bisweilen eine ausfahrende Bewegung mit dem linken Arm, als ziehe sie einen Strich unter die Zahlen, die sie zusammenzählte oder abzog. Dies ganze Verhalten spricht dafür, daß Patientin mit dem Gehörs- und dem Gesichtssinn, mit dem motorischen Apparat der Sprachwerkzeuge und des Armes (Schreibbewegungen) arbeitete, also mit allen den Sinnesorganen, den Wegen, auf denen beim Lernen die Eindrücke dem Gehirn übermittelt werden. Sie rechnet ja auch ganz wie auf der Tafel.

Noch ein Wort über die ästhetische und nützliche Seite dieser Rechenkunst. Vergnügen an seiner Kunst hat wohl nur der Rechenkünstler selbst, der Zuhörer nur so lange, als die erste Verblüffung dauert. Ich für meinen Teil könnte wenigstens nicht behaupten, daß

ich den umständlichen Auseinandersetzungen unserer Patientin mit besonderem ästhetischen Vergnügen gefolgt wäre. Die Rechenkunst ist eben ganz im Gegensatz zur musikalischen, zeichnerischen, malerischen Kunst eine stiefmütterliche, trockene Kunst. Und bringt sie etwa Nutzen? Ist sie dem Besitzer irgendwie förderlich? Abgesehen davon, daß die öffentlich auftretenden Rechenkünstler sich durch ihre Kunst eine gewisse Einnahmequelle verschaffen, wüßte ich nicht, wie. Und auch die großen Mathematiker, die wie Gauß, Euler u. a. zugleich große Rechenkünstler waren, haben von dieser Kunst keine wesentliche Förderung erfahren. Man rechnet eben trotz alledem ebenso schnell und dabei viel sicherer auf dem Papier.

Und unsere Patientin? Die Kunst geht nun einmal nach Brot. Umsonst wollte sie ihr Licht auch nicht leuchten lassen, aber sie verlangte recht bescheiden nur Süßigkeiten, das erste und wohl auch das letzte Honorar, das sie für ihre Kunst bekommen hat.

Mag der ästhetische Genuß, der materielle Nutzen wegfallen, eines bleibt: das Interesse der Wissenschaft. Wie jede Naturerscheinung ist auch das außerordentliche Zahlengedächtnis, die Rechenkunst, um ihrer selbst willen Gegenstand der Wissenschaft und der eingehendsten Untersuchung wert.



Beiträge zur Kenntnis der juvenilen Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der Augensymptome[1]).

Von **F. Hussels.**

Den ersten Fall juveniler Paralyse beschrieb 1877 *Clouston*. Drei Jahre später veröffentlichte *Mendel* einen ebensolchen Fall, den er allerdings weiterer Bestätigung für bedürftig erklärte. 1892 machte *Gudden* eine Zusammenstellung von 20 Fällen, die meist der englischen und französischen Literatur entnommen waren. Hierauf erfolgte im Jahre 1896 die epochemachende Arbeit *Alzheimers*, in der 38 Fälle zusammengestellt waren unter Hinzufügung dreier eigener Beobachtungen. Weitere kasuistische Beiträge und Zusammenstellungen folgten, so daß 1912 die Zahl der bis dahin veröffentlichten Fälle schon 270 überstieg.

Diese ständige Zunahme ist nicht etwa durch ein gesteigertes Vorkommen von juveniler Paralyse, sondern durch die bahnbrechenden Arbeiten von *Nissl* und *Alzheimer* bedingt, die auf histologischem Gebiete eine schärfere Diagnostik ermöglichten. Hinzu kam ferner die Entdeckung von der Vermehrung des Zell- und Eiweißgehaltes im Liquor, sowie die Wassermannsche Reaktion, deren Bedeutung für die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit noch durch das Auswertungsverfahren *Hauptmanns* an Wert gewann.

Als Ursache der juvenilen Paralyse wird wohl jetzt allgemein die Lues angesehen, und zwar meist die Lues hereditaria. Es wird dabei unter juveniler Paralyse einzig und allein die Paralyse des Jugendalters verstanden, d. h. des ersten und zweiten Dezenniums.

Es ist die Forderung aufgestellt worden, nur die Paralyse, deren

[1]) Aus der psychiatrischen Klinik der Universität zu Frankfurt a. M. Direktor: Geh.-Rat Prof. Dr. *Sioli*.



Ätiologie die Lues hereditaria ist, als juvenile zu bezeichnen, alle andern Formen der der Erwachsenen gleichzustellen. Eine Infektion nach der Geburt etwa durch die Amme oder, wie *Hoffmann* Fälle beschreibt, durch Kontaktinfektion mit kranken Kindern, würde also eine Paralyse in letzterem Sinne, d. h. der Paralyse der Erwachsenen gleichzustellende ergeben, wenn sie auch im juvenilen Alter zum Ausbruch kommt. Die Unterscheidung nach dem Zeitpunkt der Infektion (intrauterin oder nach der Geburt erworben) stößt praktisch auf große Schwierigkeiten, und es empfiehlt sich daher, alle in den beiden ersten Dezennien beginnenden Paralysen als juvenil zu bezeichnen. Auch sind Fälle von Paralysen im 4.—5. Dezennium beschrieben, denen angeblich eine Lues hereditaria zugrunde liegen sollte. So berichtet *v. Höslin* über eine 52jährige Virgo intacta mit unverletztem Hymen, die mit tabischen Symptomen erkrankte und positiven Wassermann im Blut aufwies. Der Vater war mit 36 Jahren an Paralyse gestorben, und die Mutter der Patientin hatte vor dieser Geburt 3 Aborte gehabt; ein späteres Kind starb mit 7 Jahren an Krämpfen. Es bleibt dabei immer noch die Möglichkeit eines latent gebliebenen bzw. nicht erkannten Primäraffektes übrig, der im späteren Leben erworben ist, und man kann in derartigen Fällen niemals mit Sicherheit behaupten, daß die hereditäre Lues die in späteren Jahren auftretende Paralyse verursacht hat. Einmal müßte festgestellt werden, daß tatsächlich eine hereditäre Lues bestanden hat, dann aber auch eine Infektion im späteren Alter (man muß auch an nicht erkannte, besonders extragenitale Infektionen denken) unbedingt ausgeschlossen werden; ja, man muß mit der Möglichkeit rechnen, daß eine kongenitale Lues zur Ausheilung gelangt ist und bei demselben Individuum eine Reinfektion eingetreten ist, die dann zur Paralyse geführt hat. Die Entscheidung ist namentlich für alle Fälle schwierig, die an der Altersgrenze der juvenilen Paralyse liegen, die ihr Maximum nach *Alzheimer*s Statistik im 15.—16. Lebensjahre hat. Da die Inkubationszeit beim Erwachsenen 10—15 Jahre vom Primäraffekt an gerechnet bis zum Ausbruch der Paralyse dauert, so hätten wir das Maximum im 35.—45. Jahre zu erwarten. Das 15.—35. Lebensjahr müßte dann beinahe frei sein. Eine Paralyse während dieses Alters könnte dann auf einer Lues hereditaria beruhen, die relativ spät zur Paralyse geführt hat. Weiter ist dabei die Tatsache zu berücksichtigen, daß die Paralyse nicht in jedem Falle 10—15 Jahre nach der Infektion beginnt, sondern auch schon früher einsetzen kann. So wäre der Fall denkbar, daß eine Infektion mit 12 Jahren erfolgt, die bereits mit 17 Jahren zur Paralyse führt; indes wäre dies ein Ausnahmefall, da so kurze Zwischenräume zwischen Infektion und Ausbruch der Paralyse nur sehr selten vorkommen. Indes beschreibt *Marchand* einen Fall, wo 2 Jahre nach dem Primäraffekt eine Paralyse, *Nonne* einen Fall, wo schon $1^1/_2$ Jahre post infectionem die ersten tabischen Symptome, ferner einen andern Fall, wo durch Verletzung mit einer Nadel unter Überspringen der Initialsklerose

nach 2 Monaten Roseolen und Schleimhautpapeln auftraten, denen nach 3 Jahren die ersten Tabessymptome folgten.

Wenn wir auch eine Reihe Merkmale bei der juvenilen Paralyse haben, die der der Erwachsenen nicht oder nur in beschränkter Anzahl oder in geringerer Stärke zukommen, und auf die später noch näher eingegangen werden soll, so sind wir vorläufig doch noch nicht imstande, aus dem klinischen Bilde zu unterscheiden, ob die Paralyse auf hereditärer oder etwas später erworbener Syphilis beruht. Natürlich wird der Einfluß der Lues auf den Organismus ein verschiedener sein, je nachdem die Infektion während des fötalen Lebens in den ersten Lebensjahren oder erst später erfolgt ist. Während in einem Falle die Lues auf einen noch in der Entwickelung begriffenen und leichter zu beeinflussenden Körper einwirkt, findet sie im Alter den fertig entwickelten Organismus vor. Nun führt nicht jede Lues hereditaria zur Paralyse, ebenso wie die Paralyse nicht jedem Primäraffekt der Erwachsenen folgt. *Mattauschek* und *Pilcz*, die das Schicksal von 4134 an Syphilis erkrankten österreichischen Offizieren verfolgten, stellten an Hand der Akten fest, daß bis 1. Januar 1912 113 an Tabes, 132 an Lues cerebrospinalis und 198 an Paralyse erkrankt waren, d. h. ungefähr 9,3 % an Paralyse und Tabes und ungefähr 3,3 % an Lues cerebrospinalis. Einzelne Momente, die man beim Erwachsenen als Hilfsursachen herangezogen hat, fallen bei der juvenilen Paralyse von selbst weg, so Alkoholismus, sexuelle Exzesse, geistige und körperliche Überanstrengungen. Das Trauma spielt auch hier eine ganz untergeordnete Rolle und kommt höchstens als auslösendes Moment in Frage, wenn es nicht gar sekundär durch die bis dahin der Umgebung nicht aufgefallene Unsicherheit bedingt ist oder gar der erste paralytische Anfall war. Es bleiben die Heredität und die Disposition übrig, und man kann bei dieser Frage all das Für und Wider anführen, wie es bei der Paralyse der Erwachsenen geschehen ist.

Während *Fournier* sagt, daß neuropathische Belastung gar keine Rolle spielt — er selbst fand in 112 Fällen nur 2mal nervöse Belastung, trotzdem er ausdrücklich danach gesucht hatte —, sind andere Autoren der Ansicht, daß hereditäre Belastung und Disposition des Nervensystems für die Entstehung der Paralyse bei Syphilitikern ausschlaggebend sei. Auch bei der juvenilen Paralyse können wir zur Frage der Disposition eine Kombination verschiedener ätiologischer Momente: psychopathische

Belastung, Potatorium der Eltern, schlechte soziale Verhältnisse — annehmen, ohne jedoch damit etwas zu erklären. Besonders daß man nicht selten dieselbe Erkrankung bei Eltern und Kindern antrifft, hat man als Beweis der hereditären Anlage angeführt. Diese Tatsache könnte man auf zweierlei Weise erklären, einmal durch Vererbung der Disposition. zweitens durch die Existenz eines besonderen Luesstammes (Lues nervosa), der häufiger zur Paralyse bzw. Tabes führt. Über einen derartigen Fall wird weiter unten berichtet werden.

Der Gedanke, die Paralyse als metasyphilitische Erkrankung des Gehirns aufzufassen, etwa ähnlich der postdiphtherischen Lähmung, allein bedingt durch Toxine, die das Nervensystem elektiv schädigen, ist hinfällig geworden, seitdem *Noguchi* als erster Treponemen im Paralytikergehirn nachwies. *Forster* und *Tomacewsky* gelang es danach, im Hirnpunktat lebender Paralytiker in 44% Treponemen nachzuweisen. Ferner konnte *A. Marie* und *Levaditi* aus dem Blut eines Paralytikers einen Treponemenstamm auf Kaninchenhoden züchten; auch *Marinesco* berichtet über Erzeugung einer Skrotum-Initialsklerose am Kaninchenhoden infolge von Injektionen von Liquor cerebrospinalis eines Kranken mit juveniler Paralyse nach Lues hereditaria, der positiven Wassermann im Blut und Liquor aufwies; auch das nach *Neißer* und *Pollak* gewonnene Hirnpunktat zeigte bewegliche Treponemen. *Levaditi* fand ferner, daß das Virus des von ihm gezüchteten Stammes von dem Truffischen Virus sich durch die längere Inkubationszeit, durch die geringere Heilungstendenz des Primäraffektes und die Nichtpathogenität für Affen unterschied; besonders wichtig ist, daß ein mit Virus Truffi genesenes Tier mit diesem Paralysestamm reinfiziert werden konnte, während es sonst immun blieb. Wenn aus diesen Versuchen *Levaditis* fast mit Notwendigkeit das Postulat eines besonderen Stammes von Treponemen hervorgeht, so war diese Annahme auch durch klinische Tatsachen anscheinend gestützt. 1903 machte *Brosius* die „aufsehenerregende" Mitteilung, daß von 7 im März 1891 vermittelst einer Glaspfeife angesteckten Männern 4 an Tabes bzw. Paralyse erkrankt waren, einer freigeblieben war, während die andern sich der Beobachtung entzogen. Der Versuch, bei mehreren Paralysen den gleichen Ausgangspunkt zurückkonstruieren zu wollen, stößt natürlich auf ungeheure Schwierigkeiten und ist bei positivem Ausfall immer nur bedingt zu verwerten; auch *Nonne* konnte 3 Freunde beobachten, die bei derselben Puella koitiert hatten, und wovon der eine später tabisch, die beiden andern paralytisch wurden. *Erb* und *Mörchen* beschrieben ähnliche Fälle, woraus hervorzugehen scheint, daß einige bestimmte Giftquellen besonders deletär für das Nervensystem sind. Andrerseits beobachtete aber *Nonne* verschiedene Familienmitglieder, die sich an verschiedenen Quellen syphilitisch infizierten und trotzdem alle organisch nervenkrank wurden, eine Tatsache, die wieder für Disposition und Heredität spräche. Wichtig erscheint auch die von verschiedenen Beobachtern gemachte Angabe eines leichteren Verlaufs der Syphilis, wenn sie




später zur Paralyse führt, wie denn auch umgekehrt die Lues maligna mit schweren tertiären Haut- und Knochenerkrankungen einen Schutz gegen spätere Tabes und Paralyse gewährt. Daher finden wir auch beim Paralytiker so selten Residuen einer stattgehabten Lues. Besonders tritt dieser leichtere Verlauf bei der konjugalen Paralyse in Erscheinung. *Hauptmann* fand einen positiven Wassermann bei Leuten, deren Ehehälften an organischer Syphilis erkrankt waren, häufig, ohne daß Infektion bekannt war, auch ohne daß je verdächtige Symptome bestanden hatten. In fast 100 % verlief die Syphilis bei der infizierten Ehehälfte latent, wenn der infizierende Teil an Syphilis cerebrospinalis erkrankt war, während, wenn der infizierende Teil organisch gesund war, in über 50 % auch eine Infektion bekannt war und Haut- und Schleimhauteffloreszenzen auftraten. Auch *Nonne* kommt zu dem Ergebnis, daß die sekundäre Infektion meist latent erfolgte, wenn der primär erkrankte Gatte syphilogen nervenkrank war. Hatte der primär infizierte Gatte kein Nervenleiden, so verlief sie sehr häufig mit manifesten Erscheinungen. Hauptmann glaubt, daß die Passage durch das Zentralnervensystem die Treponemen derart artverschieden, d. h. abgeschwächt, gemacht habe, daß sie nicht mehr imstande sind, bei dem infizierten Teile primäre und sekundäre Schleimhauteffloreszenzen hervorzurufen. Gegen eine solche Erklärung lassen sich jedoch Bedenken erheben. Namentlich schwebt die Annahme vollkommen in der Luft, daß die Treponemen, die bei dem andern Teile zur Infektion führen, bereits eine Passage durch das Nervensystem durchgemacht haben. Es ist doch viel naheliegender, daß die zur Paralyse führenden Stämme von Haus aus, was primäre und sekundäre Effloreszenzen anbetrifft, schwächer sind, daß sie aber sehr wohl imstande sind, die schwere Erkrankung des physiologisch weniger widerstandfähigen Nervensystems hervorzurufen.

Obzwar die juvenile Paralyse eine keineswegs seltene Erkrankung ist, so lehrt doch die Erfahrung, daß die Kenntnis derselben immer noch nicht Allgemeingut der Ärzte geworden ist. Juvenile Paralysen werden sehr häufig mit der Idiotie verwechselt, und selbst dann, wenn die syphilitische Grundlage des Leidens erkannt ist, wird die Krankheit als Schwachsinn bei Lues oder als Lues cerebri diagnostiziert. Dies rührt zum Teil sicher daher, daß die bekannten Symptome bei der Paralyse der Erwachsenen — Neigung zu Größenideen usw. — bei der Eigenart des kindlichen Seelenlebens nicht oder nur andeutungsweise beobachtet werden und die Paralyse der Kinder meist unter dem farblosen Bilde der einfach fortschreitenden Demenz verläuft. Die Forderung, bei jedem plötzlichen Zurückbleiben der Kinder in der Schule eine genaue Untersuchung auf Paralyse vorzunehmen, ist deshalb sehr berechtigt. Trotz diesem auf



den ersten Blick ganz anderen Verlauf der juvenilen Paralyse bestehen weder klinisch noch anatomisch durchgreifende Unterschiede; nur einzelne Abweichungen im oben angeführten Verlauf und zahlenmäßiges Überwiegen des einen oder anderen Symptoms berechtigen, die juvenile Form von dem ungeheuer vielseitigen Bilde der Paralyse der Erwachsenen zu trennen. Neben dieser einfach progressiven Verlaufsform treffen wir selten Remissionen an, auch sehen wir kaum Neigungen zu manischen, depressiven oder katatonischen Zuständen. Größenideen hat man lange Zeit überhaupt bestritten; zweifellos kommen sie aber vor, nur tragen sie, wie oben schon angedeutet wurde, ein der Entwicklung der kindlichen Psyche entsprechendes Gepräge. Zeitlich dauert die Erkrankung etwa doppelt so lange wie beim Erwachsenen. Während infolge der größeren Möglichkeit des Mannes, sich luisch zu infizieren, auch die Paralyse beim männlichen Erwachsenen zwei- bis fünfmal die der Frau übersteigt, so finden wir bei der juvenilen Paralyse beide Geschlechter annähernd gleich beteiligt. Was die Anfälle anbetrifft, so überwiegen sie bei der juvenilen Paralyse an Zahl, hinterlassen aber keine Lähmungserscheinungen; hingegen sind die Spasmen und Kontrakturen beim erwachsenen Paralytiker selten von der Häufigkeit und Stärke wie bei der juvenilen Paralyse. Ein Hauptunterschied ist jedoch durch das Einsetzen der Krankheit in der Pubertät bedingt, wodurch es zum Stillstand der körperlichen und geistigen Entwicklung kommt, woraus denn auch der infantile Habitus und der Mangel der sekundären Geschlechtscharaktere resultiert. Auch Entwicklungsstörungen, die wir nicht ganz so selten finden, können wir auf das frühe Einsetzen der Lues zurückführen. So beobachtete *Stöcker* in einem Falle einen völligen Balkenmangel; andere Autoren berichten über Anomalien des Zentralkanals. Vielleicht sind auch die doppelkernigen Purkinjeschen Zellen als Zeichen einer angeborenen Minderwertigkeit und Anlage zu psychischen Erkrankungen aufzufassen. Da sie aber auch beim erwachsenen Paralytiker und Nichtparalytiker gefunden werden, sind sie nicht, wie man früher annahm, für die juvenile Paralyse charakteristisch. Doch findet man sie im Gehirn von juveniler Paralyse fast stets und in großer Zahl. *Stein* fand zweikernige Ganglienzellen bei 84 % von erwachsenen Paralytikern (19 Fälle), bei 100 % von juvenilen Paralytikern (6 Fälle), bei 63 % Dementia praecox



(8 Fälle), bei 100 % Hirntumor (3 Fälle) und bei 67 % Idiotie (3 Fälle).

Ursprünglich hat *Sträußler*, dem wir die Entdeckung der zweikernigen Ganglienzellen bei der juvenilen Paralyse verdanken, die Vermutung ausgesprochen, daß auf diesen Befund hin es möglich sein könnte, die auf hereditärer Lues beruhende Paralyse von der durch erworbene Lues bedingten Paralyse zu unterscheiden. In gleichem Sinne hat sich *Lafora* geäußert. Daß die zweikernigen Ganglienzellen nicht in direktem Zusammenhang mit fötaler Lues stehen, hat *Ranke* bewiesen, der zweikernige Ganglienzellen bei luischen Kindern und Föten stets vermißt hat. Namentlich aber ein weiterer Befund *Alzheimers*, der bei einem paralytischen Arzt, über dessen im dritten Dezennium erworbene Syphilis die genauesten Angaben von den behandelnden Ärzten zu erhalten waren, und in dessen Hirn reichlich doppelkernige Purkinjesche Ganglienzellen vorhanden waren, beweist deutlich, daß diese Zellen auch bei Paralyse nach erworbener Lues vorkommen können. Mit Recht sagt deshalb *Alzheimer*, daß mit diesem Befunde die Lehre *Sträußlers* von der Spätparalyse ihre sicherste Stütze verliert.

Die systematischen Untersuchungen *Steins* ergaben, daß die doppelkernigen Ganglienzellen bei Normalen zu fehlen scheinen, dagegen bei Psychosen häufig sind. *Stein* schließt sich auf Grund des Befundes von doppelkernigen Ganglienzellen bei Hirntumoren, die ihrerseits auf einer zur Entwicklung gekommenen Anomalie der Anlage von Zellen entstanden sind, ferner, daß er abnorm gelagerte Purkinje-Zellen beobachtete, die relativ häufiger Doppelkernigkeit zeigten, der Ansicht *Rankes* an, wonach die doppelkernigen Zellen angeboren sind und als Ausdruck einer abnormen Anlage aufzufassen sind.

Im übrigen aber ist der anatomische Befund der typisch paralytische, nur daß, worauf *Alzheimer* zuerst hinwies, die stärksten Veränderungen sich an den Stammganglien im Gegensatz zum Befunde bei erwachsenen Paralytikern vorfinden. Ein weiterer Unterschied liegt in der relativ häufigen Optikusatrophie und dem häufigen positiven Babinski bei der juvenilen Paralyse.

Stöcker fand in 6 Fällen von 18 teils partielle, teils totale Optikusatrophie, also in 33 % der Fälle, während *Gudden* sie bei Erwachsenen nur in 4,9 %, *Mendel* in 12 % beobachtete. Bei den beobachteten 18 Fällen fand *Stöcker* 12mal Anisokorie, also in 67 %, während *Weiler* in seinem eigenen Material, worunter alle Formen der Paralyse gerechnet werden müssen, 42 % konstatierte. Das Endergebnis der Untersuchungen *Stöckers*, mit dem *Weilers* verglichen, war nach seinen Angaben folgendes:



	Weiler:	*Stöcker*:
Mydriasis	21,6 %	72 %
reflektorische Pupillenstarre	57 %	17 %
totale Starre.............	34 %	67 %
keine Veränderungen	9 %	11 %.

Ein ätiologischer Zusammenhang zwischen Mydriasis und Optikusatrophie war nicht vorhanden, denn in 6 Fällen von *Stöcker* war Mydriasis ohne Optikusveränderungen; ja, der einzig beobachtete Fall von Myosis hatte Augenhintergrundsveränderungen aufzuweisen.

Stöcker hat in seinem Ergebnis darauf hingewiesen, daß also bei der juvenilen Paralyse Mydriasis und totale Starre überwiegt, während die reflektorische Starre beim Erwachsenen das Übergewicht hat. Ein ähnliches Überwiegen der absoluten Starre über die reflektorische finden wir auch bei Hirnlues.

Ich möchte nun dazu übergehen, die vier von mir beobachteten Fälle hier anzuführen:

Artur R., geboren am 10. I. 1910. Anamnese der Mutter: Der Vater war vor etwa 9 Jahren in der Anstalt wegen epileptischer Anfälle, sonst sind keine Nervenkrankheiten in der Familie bekannt. Der Pat. ist das erste lebende Kind. Vorher hatte die Mutter eine Fehlgeburt. Außer ihm ist noch ein 5jähriger Bruder da, der bisher gesund ist. Der Vater hatte sich früher luisch infiziert, jedoch können keinerlei Anhaltpunkte über die Zeit gegeben werden. Die Geburt des Pat. verlief normal, jedoch trat im ersten Lebensjahr ein Ausschlag auf, der sich angeblich über den ganzen Körper erstreckte; hinzu trat eine Augenentzündung. Der Pat. wurde darauf mit Quecksilbereinreibungen behandelt. Erst im 3. Lebensjahre lernte er laufen, blieb auch sonst in allen Fähigkeiten sehr zurück und kam deshalb 1912 ins Siechenhaus. Der Pat. trug immer ein aufgeregtes Wesen zur Schau. Aufnahmebefund am 28. 3. 12 unter der Diagnose: Hydrocephalus chronicus: Schlechter Ernährungszustand, großer Kopfumfang, steile Stirn, Epiphysen-Verdickung von Radius und Ulna; rachitischer Rosenkranz und Säbelscheidenverkrümmung geringen Grades der Tibia. Pat. kann nicht allein stehen, wohl selbständig von der liegenden in die sitzende Haltung übergehen. Der Leib ist trommelförmig aufgetrieben, der Leberrand überragt 2 Fingerbreit den rechten Rippenbogen in der Mamillarlinie. Patellarreflexe gut auslösbar. Achillessehnenreflex und Babinski o. B. Der Pat. sieht und hört gut. Nach Aussage des behandelnden Arztes setzt sich der Sprachschatz nur aus wenigen Worten, wie Tante Julie, Uhr usw., zusammen. Die Nahrungsaufnahme geschieht ohne Unsauberkeit. Da der Wassermann im Blute positiv ist, werden zwei Schmierkuren gemacht. In der Zwischenzeit hat sich das Kind gut entwickelt, besonders der Knochenbau und die Muskulatur haben



gute Fortschritte gemacht. Der Pat. kann jetzt gehen, der Gang ist aber auffallend watschelnd und geschieht unter Nachschleppen des rechten Beines. Starke motorische Unruhe der Hände, insbesondere, wenn der Kleine erregt spricht, Er führt dabei immer Drehbewegungen an beiden Handgelenken aus. Die Intelligenz ist annähernd dem Alter entsprechend. Er spricht sehr viel unaufgefordert, ist schlecht zu fixieren und wird unwillig, wenn seine Wünsche nicht sofort erfüllt werden. Die körperliche Entwicklung schreitet gut fort, jedoch fängt die geistige Entwicklung an, krankhaft zu werden. In unbewachten Augenblicken schlägt und speit er seine Mitpatienten an und zerrt ihnen die Decke weg. Vorhaltungen beachtet er nicht. Der Tremor der Hände besteht unverändert fort. Werden seine Wünsche nicht erfüllt, so fängt er jetzt an zu weinen. Was das Gemüt anbetrifft, so macht er einen stumpfen Eindruck, nur Musik wirkt stark auf ihn ein; so bleiben auch Melodien und Lieder in seinem Gedächtnis in großer Zahl haften, während sonstige Bemühungen, ihm etwas beizubringen, dauernd fehlschlagen.

1. 7. 15 Pat. ist äußerst unruhig geworden und stört seine Mitpatienten durch aufgefangene gemeine Worte. Wassermann im Blut erneut positiv, infolgedessen wird eine weitere Schmierkur eingeleitet.

17. 10. 16. Der Junge ist groß und kräftig, er spricht von sich nur iu der dritten Person, ist sehr ideenflüchtig; außer einer großen Zahl von Liedern und Melodien, die er richtig nachsingt, konnte ihm bisher nichts weiter beigebracht werden. Er hat keinen Sinn für Erzählungen und Märchen; er versteht sie nicht und behält sie auch nicht.

11. 11. 16. Gesteigerte Patellarreflexe, mittelweite, träge reagierende Pupillen, normale Fußsohlenreflexe, kein Klonus, das laute Verhalten des Pat. hat sich derart gesteigert, daß er am 20. 11. 16 in die Psychiatrische Klinik eingeliefert werden mußte.

Aufnahmebefund am 20. 11 16 in der Psychiatrischen Klinik: Pat. ruft dauernd: „Gib mal die Uhr her.“ Als ihm Schlüssel gezeigt werden, ruft er: „Gib mir die Schlüssel.“ Stuhl und Tisch bezeichnet er richtig. ebenso ein Handtuch. Als er einen Wasserkrahn benennen soll, ruft er mehrmals: „Laß mal laufen“; als die Lampe angedreht wird, ruft er mehrmals: „Mal Licht machen.“ Er steckt sehr häufig die Finger in den Mund.

20. 1. 16: [Wie heißt du?] „Gib mal die Uhr her, auch mal knallen weil ich so bei bin.“ [Wie alt bist du?] „7 Jahre.“ [Was ist das?] „Ring.“ (Richtig.) „Uhr.“ (Richtig.) „Handschuhe.“ (Richtig.) „Schirm.“ (Richtig.) „Spiegel“ (Richtig.) „Gib mir die Uhr her.“ [Wo ist deine Mutter?] (Wiederholt die Frage.) [Wo ist dein Vater?] „Die Uhr her.“ Während der Untersuchung hat er Urin unter sich gehen lassen; er wiederholt dauernd: „Gib mal die Uhr her.“

Ernährungszustand schlecht. Der kleine Gesichtsschädel wird von dem umfangreichen Hirnschädel weit überragt, besonders die Tubera frontalia springen stark vor. Von überstandener Rachitis ist nichts mehr



nachweisbar, außer einer mittelstarken Kyphose, kombiniert mit rechtsseitiger Brust- und Lendenwirbelskoliose geringen Grades. Die Pupillen sind weit und lichtstarr. Auf psychische Reize und Schmerz reagieren sie ebenfalls nicht. Die Zähne stehen unregelmäßig und schief, sind schlecht und fehlen zum Teil. Die rechte Nasolabialfalte ist etwas undeutlicher ausgeprägt als die linke, die Lippen sind dick gewulstet, stark gerötet, die Zunge ist verdickt und stark gefurcht, sie wird gerade herausgestreckt und zittert. Die Ohren sind groß, stark abstehend, das Ohrläppchen ist schlecht entwickelt. Beiderseits mittelstarker, grobschlägiger Tremor der Hände. Die Patellarreflexe sind lebhaft, links Andeutung von Fußklonus, auf Nadelstiche reagiert er mit starken Abwehrbewegungen; der Gang ist etwas wankend, sonst ohne Störung. Der Pat. ist sehr unrein, schreit viel und stört die andern durch sein lautes Wesen. Die Untersuchung des Augenhintergrundes ergibt beiderseits atrophische Papillen mit verwaschenen Grenzen und ziemlich scharf umschriebenen chorioiditischen Herden. Die Gefäße sind im ganzen etwas verengt.

Liquorbefund: Wassermann positiv 0,2, Nonne Phase I positiv, starke Pleozytose.

Während seines Aufenthaltes ist der Pat. dauernd unrein, zeigt ein lautes Wesen, verläßt oft nachts das Bett und weint zuweilen. Sein Körpergewicht zeigt keine Schwankungen.

Es handelt sich bei dem Patienten um einen Fall von juveniler Paralyse, der recht frühzeitig zum Ausbruch gekommen ist. Die syphilitische Infektion stammt von den Eltern. Die Diagnose stützt sich im vorliegenden Falle hauptsächlich auf den körperlichen Befund: absolute Pupillenstarre, Reflexsteigerung, ferner auf die positiven Ergebnisse der Blut- und Liquoruntersuchungen. Das psychische Bild erhält dadurch ein eigenartiges Gepräge, daß die Erkrankung sehr frühzeitig zu einer Hemmung der geistigen Entwicklung geführt hat. Bei einer Vernachlässigung der körperlichen Symptome könnte man den vorliegenden Fall als Idiotie bei Hydrocephalus auffassen. Gegen derartige Auffassung spricht jedoch der progressive Charakter der psychischen und körperlichen Symptome. Gegen das Vorliegen einer andersartigen syphilitischen Hirnerkrankung spricht namentlich das Fehlen von Herdsymptomen und anderen Erscheinungen, die auf gummöse oder endarteriitische Prozesse zurückzuführen wären. Auch daß die eingeleitete Behandlung das Fortschreiten der Krankheit nicht aufzuhalten vermochte, spräche im Zweifelsfalle gegen einen andersartigen syphilitischen Prozeß.

Anna T., geb. am 30. 7. 1904. Anamnese des Vaters 29. 10. 13:



Die Mutter ist angeblich an einem Unterleibsleiden gestorben; eine Stiefschwester ist gesund. Keine Frühgeburt. Ein jüngerer Bruder starb angeblich an einem Magen- und Darmkatarrh. Die Geburt der Pat. verlief normal, sie hatte keinerlei Zeichen einer angeborenen Lues. Im ersten Schuljahre kam sie nicht mit und klagte immer darüber, daß sie die Buchstaben verwechsle; ebenso fiel ihr das Rechnen schwer; infolgedessen blieb sie sitzen. Vom 3. Schuljahr an kam sie in die Hilfsschule, wo sie gut mitkam. Eines Tages lief sie dem Militär nach, wurde von der Polizei aufgegriffen, weil sie sich in der Stadt verirrt hatte. Ihre Lehrerin stellte ihr folgendes Zeugnis aus: „Die Schülerin A. T. treibt sich mit Vorliebe auf der Straße umher. Sie war immer zerstreut und flatterhaft.“ Im Hause hatte sie sich jedoch immer gern beschäftigt, sie war stets anhänglich, nie eigensinnig, weinte nie ohne Ursache, hatte nie Anfälle. Die Prüfung nach *Binet* erfüllte sie ungefähr wie ein Kind, das im 7. Lebensjahre steht.

[Wie heißt du?] (Der Name wird richtig angegeben.) — [Wie alt bist du?] 9 Jahre. — [Wann geboren?] Das weiß ich nicht, im November glaube ich. — [Zähle die Monate auf!] April, Mai, Juli, August, September, Dezember. (Die Wochentage werden richtig aufgezählt.) — [3 × 3?] 9. — [5 × 5?] 15! — [9 — 3?] 6. — [9 + 5?] 10!

Am 6. 11. 13 wird sie gebessert entlassen.

Anamnese der Stiefmutter am 25. 2. 15: Der Vater soll einen unsoliden Lebenswandel geführt haben und stark dem Trunke ergeben sein. Ein Bruder der Pat. soll in den ersten Lebensmonaten gestorben sein. Die Stiefmutter selbst hat mit dem Vater ein gesundes, 5jähriges Mädchen. Eine Fehlgeburt hat sie nicht durchgemacht. Sie kennt Pat. 4 Jahre und gibt an, sie sei immer nervös gewesen, habe in der Schule nie etwas behalten. Gehen und Sauberkeit hätte sie rechtzeitig gelernt. Seit 3 Jahren seien ihr an der Pat. Störungen der Sprache aufgefallen, und zwar sprach sie zeitweise ganz flott, dann wieder schwerfällig und mußte sich besinnen, um die Worte zu finden. Hinzu trat im letzten Jahre ein Undeutlichwerden der Sprache; auch klagte Pat. vor einem Jahre schon über Sehstörungen und ist seit einem Monat völlig erblindet. Im letzten Sommer hat sie mehrfach Ohnmachtanfälle gehabt; wirkliche Krämpfe und Lähmungserscheinungen sind bei ihr nicht beobachtet worden, auch sei keine Unsicherheit im Gehen aufgefallen; wohl sei in den letzten Wochen ein zunehmendes Zittern eingetreten, in den letzten Tagen so stark, daß sie keine Tasse mehr festhalten konnte; Unsauberkeit ist nie bemerkt worden. Seit mehreren Wochen hat sie zunehmende Angstzustände, „es kommen Buben, die sie hauen wollten“. Auch schrie sie manchmal laut auf; nachts schlief sie meist ruhig, jedoch war das Einschlafen erschwert. Im Hause hat sie sich bis zuletzt mit Stricken beschäftigt und wollte immer putzen. Vor einigen Jahren soll sie Neigung zur Onanie gezeigt haben, die aber jetzt nicht mehr bemerkt wurde. In letzter Zeit ist es vorgekommen,



daß sie vollständig ohne Grund mit Gegenständen auf ihre Stiefschwester einschlug.

Status psychicus 25. 2. 15: [Wie alt bist du?] 10 Jahre. — [Wann bist du geboren?] Weiß net! — [In welchem Jahre?] Ich weiß es auch net, aber mei Mama weiß es. — [Wo bist du hier?] Hier bei Frau ..... (zeigt auf die Pflegerin). — [Wie heißt die Frau?] Ich weiß net! — [Wer bin ich?] Das weiß ich auch net! (Spontan:) Ich bin Kind, der Herr Dokter im Marienkrankenhaus sagte, meine Augen würden wieder gut werden. — [Welche Schule hast du besucht?] Hallgartenschule! — [Du hast Angst vor Buben gehabt?] Ja, ja, wenn ich vorbeiging, haben sie das Bein hingestellt, daß ich gefallen bin. — [a, m, l, tz.] a, p, das kann ich net! — [2 + 2?] 4. — [5 + 6?] Das weiß ich net!

Status somaticus: Pupillen weit, beiderseits lichtstarr, Facialis symmetrisch, die Zunge wird gerade herausgestreckt, zittert stark; die Patellarreflexe sind beiderseits sehr lebhaft, kein Babinski, Achillessehnenreflexe ohne Befund. Deutliches Silbenstolpern, Gang unsicher auch bei Führung (wegen Blindheit).

24. 7. 15. Die Kranke ist sehr vergnügt, als sie hereingetragen wird; sie lacht und ruft laut: „Herr Doktor, hier bin ich.“ Sie wird hingesetzt, das Gesicht ist zu Boden gerichtet, sie spielt unruhig mit den Händen. Beide Bulbi bewegen sich ruckartig, andauernd in horizontaler Richtung. Beide Lider bewegen sich auf und ab. Spontan: „Heute geht's besser, heute kommt die Mama, ich habe noch ein Schwesterchen.“

[Wie alt bist du?] 7 Jahre, 7 Jahre. (Sie scharrt dabei mit den Füßen.) — [Wie heißt denn dein Schwesterchen?] Hildegard, Hildegard! (Sie versucht zu buchstabieren, wobei sie aber nur einige Buchstaben sinnlos zusammenfügt.) Sie ist in die Schule gegangen, die ist gemeldet. — [Wie heißt du denn?] Anna. Ich bin 11 Jahre alt, 11 Jahre alt bin ich. — [Wann bist du denn geboren?] Ich weiß net, als hat meine erste Mama, mein richtig Mama (traurig und mit weinerlicher Stimme) Schmerzen gehabt, ist tot, die Engel — Himmel — ich hab noch einen Papa, ich bin's erste Kind, das erst' Mädel bin ich. Hildegard g a a d. Die Mama kommt jeden Sonntag, jeden jeden Sonntag, die Mama ist gut, heute ist Mittwoch, von 3—6 gibt's Mittagessen, heute kommt die Mama wieder! — [Weißt du, wo du bist?] In Irrenanstalt, der Onkel hat mich geschlagen mit dem Hackbeil, die Hand, das hat geblutet, Marienkrankenhaus. — [Weshalb hat er dich geschlagen?] Der Onkel konnt' nicht dazu, (weinerlich) die Sehnen sind genäht, die Hand war ganz verbunden gewesen — wieder geheilt, die Hand ist wieder ganz zu (scharrt fortwährend mit den Füßen, den Kopf weit nach vorn gebeugt). — [Wie lange bist du hier?] Weihnachten, Ostern, die Schwester ist heimgekommen und hat mich mitgenommen im Bett drin. (Sie wiederholt dasselbe einige Male.) — [Schläfst du gut?] Ja, im Bett abends schlafe ich! — [Weshalb bist du hier?] Weil ich blind bin, die Schwester ist heim und hat mich mitgenommen — als kleines Kind hab ich Handarbeit! — [2 × 2?] 2 × 2



ist 4! — [Wieviel?] 5! Handarbeit! — [Hast du kein Rechnen gehabt?] O ja, und Singen, ich gehe auch heute noch in die Schule! — [Gehst du gern in die Schule?] O ja, in die Schwarzbergschule, ich bin nicht dumm, gescheit bin ich, Handarbeiten hab' ich gemacht, ich hab' einen Waschlappen gemacht, Stricken hab' ich gelernt! — [2 + 2?] Ich weiß nicht. — [Zählen:] 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, . . . 11, 12, . . . 21, 23. — [Buchstabiere deinen Namen:] I—s—n—i—s—s. — [Vornamen:] Anini! — [Buchstabiere Karl:] K—u—r. — [Wie sieht Schnee aus?] Weiß! — [Wie sehen Kohlen aus?] Schwarz! — [Veilchen?] Blau! — [Was ist der Unterschied von Katze und Hund?] (Lacht.) Eine Katze, ich hab' schon eine Katze, eine Katze gesehen, die Schwester hat einen Hund gehabt! — [Weißt du, was ein Fuchs ist?] Das ist ein Hund, ein Fuchs! — [Was ist ein Rabe?] Ein Klapperstorch bringt die Kinder! — [Was ist ein Löwe?] Die Knöpfe an Ihrem Hemd. Ich mache mein Nachthemd zu! — [Was ist das (Schlüssel)?] Schlüssel! — [Was ist das (Uhr)?] Uhr. (Lacht und freut sich.) — [1, 2, 4.] 1, 2, 3, 4. — [1, 2, 4, 6.] 1, 2, 3, 4, 5, 6. — [Darf man lügen?] Nein, nein! — [Weshalb nicht?] Wer Wahrheit sagt, der kommt Engel — wird Engel. . . . Wer lügt, der kommt in die Hölle, da wird man verbrannt. Ich hab' immer die Wahrheit gesagt, ein Engel werd' ich. Die Mama und die Hildegard wird auch ein Engel. (Die Stimme ist traurig und zittert, sie wiederholt den letzten Satz.) — [Darf man stehlen?] Nein, ich hab' immer die Wahrheit gesagt. (Sie wiederholt obige Antwort.) Das dauert lange, bis man tot ist. — [Weshalb darf man nicht stehlen?] Das darf man nicht! (Sie wiederholt, daß sie immer die Wahrheit gesagt habe, die Hände und Finger sind andauernd in Bewegung. Sie hört plötzlich das Surren der angedrehten Zentralheizung:) Das ist ein Zeppelin, nicht wahr, Herr Doktor?

Status somaticus: Ernährungszustand schlecht. Der Schädel ist symmetrisch, ohne Narben, nicht klopfempfindlich; die Pupillen sind weit und entrundet; sie sind starr auf Lichteinfall und Konvergenzreaktion, auch reagieren sie nicht auf psychische und Schmerzreize. Die Bulbibewegung ist frei, es besteht starker, horizontaler Nystagmus. Ein dicht vor die Augen gehaltenes Licht vermag sie als hell zu unterscheiden. Der Augenhintergrund zeigt beiderseits Optikusatrophie. Die Peripherie ist normal. Die Gefäße sind deutlich verengt. Die Zunge wird gerade herausgestreckt und zittert stark. Die Sprache zeigt deutliches Silbenstolpern, ist etwas näselnd und verwaschen. Die einzelnen Laute werden unscharf verbunden, ab und zu werden Silben ausgelassen. Kein Tremor der Hände. Patellarreflexe sind beiderseits sehr lebhaft. Patellar- und Fußklonus sind rechts und links leicht auslösbar. Am ganzen Körper scheint Hypersensibilität zu bestehen. Kein Babinski.

5. 9. 15. Die Kranke ist sehr erregt, näßt öfters das Bett, zuweilen schreit sie mitten im Schlaf auf: „Ich werde verbrannt!" Nachts schläft sie oft schlecht und spricht laut vor sich hin.



2. 12. 15. Das laute Verhalten hat sich nicht geändert, sie verunreinigt öfters das Bett.

2. 6. 16. Das erregte Verhalten dauert an. Zuzeiten schimpft sie in gemeiner Weise, sie beruhigt sich aber wieder bei Nahrungsaufnahme. Die Verunreinigungen sind dieselben. Es haben sich starke Spasmen entwickelt.

Nonne positiv, Phase I; Wassermann im Blut und Liquor positiv; Pleozytose.

Die Erkrankung trat zum ersten Male bei Pat. in Erscheinung, als sie in die Schule kam. Charakteristisch ist, außer daß ihr das Lernen schwer fiel, das Verwechseln der Buchstaben. Gerade die letztere Erscheinung deutet darauf hin, daß ihre schlechten Leistungen in der Schule nicht Folge einer angeborenen geistigen Schwäche, sondern der paralytischen Erkrankung sind. Dafür spricht auch die progressive Verschlechterung ihrer Leistungen. Hinzu kommen gewisse Störungen, wie wir sie beim Beginn der Paralyse beim Erwachsenen beobachten: planloses Fortlaufen, Reizbarkeit, Labilität der Stimmung, Neigung zu Gewalttätigkeiten (grundloses Schlagen der Schwester), auch Angstzustände und ängstliche Befürchtungen (Angst vor Buben, die sie hauen wollten), ebenso wie die Störungen des Schlafes. Auch scheint es, als ob die Steigerung der geschlechtlichen Erregbarkeit, die zur Onanie geführt hat, auf die sich entwickelnde Gehirnerkrankung zurückzuführen sei. Wir können diesem Symptom keinerlei diagnostische Bedeutung beimessen, da bei schwachsinnigen und psychopathischen Kindern bekanntlich eine mitunter hohe Grade erreichende Masturbation nicht selten beobachtet wird. Dagegen finden wir in unserem Falle alle Zeichen der Sprachstörung, wie sie für den Erwachsenen charakteristisch sind. Auffallend ist ihr Rededrang, der deutliche Ideenflucht aufweist; auch könnte man einige Antworten als Andeutung von Größenideen auffassen (z. B. daß sie sehr gut rechnen kann). Ein gewisses Krankheitsbewußtsein ist erhalten, auch sind die Erinnerungen, die immer wieder in ihren zusammenhanglosen Reden auftauchen, durchaus richtig (z. B. die Verletzung durch das Beil und die durchgemachte Operation). Die Optikusatrophie setzte sehr frühzeitig ein und erreichte einen sehr hohen Grad, so daß das Kind jetzt geradezu amaurotisch ist; dies kam der Kranken selbst zum Bewußtsein. Auch der positive Befund im Blut und Liquor ebenso wie die Pleozytose sichern die Diagnose.



Außerdem bestehen weite und vollkommen starre Pupillen. Die Sehnenreflexe sind sämtlich hochgradig gesteigert, und mit der Reflexsteigerung gehen starke Spasmen und Kontrakturen einher.

Johann V., geboren am 25. 7. 03. Anamnese der Mutter: Der Vater ist gesund und steht seit dem 6. Mobilmachungstage im Felde, sie selbst war einmal in einer Lungenheilanstalt. Ihre beiden ersten Kinder (Zwillinge) starben 4 Wochen alt an Krämpfen. Pat. selbst ist das zweitälteste Kind, die drei übrigen Geschwister von ihm sind angeblich gesund. Die 6jährige Schwester hat jedoch eine Sattelnase und Rhagaden um den Mund, während die beiden andern Geschwister, ohne luische Stigmata zu haben, positiven Wassermann im Blut aufweisen. Über eine luische Infektion ihres Mannes oder von sich selbst weiß die Mutter nichts zu berichten. Die Geburt des Pat. verlief normal; er lernte mit 2 Jahren laufen und sprechen und litt im 2., 6. und 7. Jahre an Krämpfen (epileptische Anfälle); er wurde dabei zyanotisch und hatte Schaum vor dem Munde. Körperlich blieb er immer etwas zurück. Im ersten Schuljahre lernte er gut, seit dem 7. Lebensjahre finden wir jedoch einen auffallenden Rückgang der geistigen Fähigkeiten, er lernte immer schwerer, wurde sehr reizbar und warf mit dem Messer, wenn er geärgert wurde. Seit 2 Jahren hat sich die Sprache immer mehr verschlechtert. Zeitweise war er sehr ausgelassen, näßte des öfteren das Bett. Seine Lehrerin klagt darüber, daß er schlecht hörte und undeutlich spräche: „Im Schriftlichen fehlt ihm jedes Wortbild, namentlich ist er im Rechnen ganz unbefähigt. Wird er gereizt, so wehrt er sich wütend mit Treten und Steinewerfen; er trägt ein rabiates Wesen zur Schau und hat häufig Wutanfälle, wobei er seine Umgebung beißt." Seine Leistungen waren derartig, daß er in den beiden ersten Schuljahren überall genügend hatte, im Schuljahr 1912/13 meist mangelhaft und 1913/14 alles mangelhaft und sehr oft ungenügend.

Status psychicus: Der Kranke sitzt ruhig da, sieht im Zimmer umher, der Gesichtsausdruck ist stumpf.

[Wie heißt du?] (Kaum zu verstehen:) Johann. — [Wie alt bist du?] 13. — [Wann geboren?] (Zeigt mit den Fingern 5 und weiter:) Juli. — [Welches Jahr?] (Keine Antwort.) — [Was haben wir jetzt für ein Jahr?] 1915. — [Wie lange bist du hier?] Seit 6 Wochen. — [In welche Klasse bist du gegangen?] (Zeigt 4.) — [Hast du in der Schule etwas gekonnt?] Sehr viel! — [2 × 2?] (Verzieht das Gesicht, lacht.) 6! — [2 + 2?] 4, darauf 6! — [2 + 3?] 5. — [2 + 4?] 8! — [4 — 2?] 2. — [8 — 2?] 7! (Die Wochentage werden richtig aufgezählt.) — [Umgekehrt aufzählen.] (Keine Antwort.) — [Was ist das (Schlüssel)?] Schlüssel. (Wiederholt es mehrmals.) — [Was ist das (Uhr)?] Uhr. — [Wozu ist der Schlüssel da?] Zum Schließen. — [Wie heißt unser Kaiser?] Kaiser Wilhelm II. — [Wie heißt diese Stadt?] Frankfurt. — [An welchem Fluß?] Am Main. — [Wo fließt der Main



hin?] Ins Meer. — [Wieviel Zentimeter hat ein Meter?] 100 Meter. — [Wieviel Zentimeter?] 100 Meter! — [Wann ist Weihnachten?] Voriges Jahr! — [Im Januar?] Ja! — [Was für ein Unterschied zwischen Katze und Hund?] Ein Hund ist groß! — [Teich und Fluß?] Teich ist größer! — [Darf man lügen?] (Schüttelt mit dem Kopfe.) — [Weshalb nicht?] (Nach wiederholtem Fragen:) Weil man in die Hölle kommt. (Pat. soll die Fabel vom Fuchs und Raben nacherzählen, er wiederholt nur die letzten Sätze, läßt Worte aus, lacht und räkelt sich auf dem Stuhl.) — [Wie sieht der Schnee aus?] Grau! — [Kohlen?] Schwarz. — [1, 5, 7, 2, 9?] 1, 7, 2, 9. — [2, 8, 6, 3, 5, 7?] 2, 6. (Sieht seine Nägel an.) — [Monate aufzählen. Januar, weiter?] Januar, ... April, ... Oktober, ... — [Was ist das (eine vorgelegte Kirche)?] Ein Turm. — [Was ist das (Kanone)?] (Sofort:) Kanone. — [Buchstabiere deinen Namen.] F—e—t—a—e—t—e—l—e. (Er schreibt ihn richtig auf.)

Status somaticus: Pat. ist in seiner körperlichen Entwicklung stark zurückgeblieben. Der Ernährungszustand ist gut; die Haut ist auf dem ganzen Körper etwas geschrumpft, trocken und schuppt leicht (Ichthyosis); Pubertätszeichen fehlen. Das Gesicht ist dick und unförmig. Es besteht die Andeutung einer Sattelnase, die Zähne sind unregelmäßig gestellt und schlecht entwickelt. Kein *Hutchinson*-Typ. Um den Mund befinden sich Rhagaden. Die Lidränder sind geschwollen und ekzematös. Die linke Nasolabialfalte ist deutlicher ausgeprägt als rechts, und es wird beim Lachen der linke Mundwinkel etwas höher als auf der rechten Seite gezogen; auch bleibt der rechte Mundwinkel beim Sprechen etwas zurück. Die Zunge ist wenig belegt, sie wird gerade herausgestreckt und zeigt feine Zuckungen. Die Augenbewegungen sind frei, der Augenhintergrund ist ohne Befund. Die Pupillen sind beiderseits weit, gleich, etwas entrundet und reagieren weder auf Lichteinfall noch auf Konvergenz; sie sind vollkommen starr. Die Patellarreflexe sind beiderseits sehr lebhaft; bisweilen gelingt es, einen kurzdauernden Fußklonus zu erzeugen. Die Periost- Sehnen- und Bauchdeckenreflexe sind ebenfalls lebhaft. Der *Babinski*sche Reflex ist links schwach positiv. Die Sprache ist sehr verwaschen, häufig stolpernd. Nonne positiv bei Phase I; Wassermann bei Blut und Liquor positiv (0,2); Pleozytose.

Von besonderem Interesse ist es, daß dem Ausbruch der Paralyse Krämpfe vorangingen. Bekanntlich sind Krämpfe schon in erster Kindheit häufig bei Epileptikern; es kommt jedoch vor, daß solche bloß den Ausdruck einer spasmophilen Diathese darstellen und als Zeichen einer konstitutionellen Minderwertigkeit des Zentralnervensystems zu betrachten sind, ohne daß es dabei zur Epilepsie kommt. In diesem Falle sind sie wohl anders zu beurteilen, da sie nicht nur in den ersten Lebensjahren, sondern auch später auftraten.



Wir werden wohl nicht fehlgehen, sie mit der Syphilis in Zusammenhang zu bringen und als Vorläufer der Paralyse anzusehen. In die Augen fallend ist das Zurückbleiben der körperlichen Entwicklung; der Patient zeigt nicht die geringsten Merkmale der Pubertät. Dies beobachtet man häufig bei der juvenilen Paralyse, aber auch ebenso bei hereditär luischen Kindern, die nicht paralytisch werden. Es ist daher wohl nur die Syphilis als solche für die Hemmung der Entwicklung verantwortlich zu machen. Im vorliegenden Falle geht aus der Vorgeschichte klar hervor, daß die Paralyse zu einem ganz bestimmten Zeitpunkte einsetzte. Während die Leistungen in den ersten beiden Schuljahren genügend waren, waren sie im folgenden durchweg mangelhaft und im nächsten Jahre sogar unter mangelhaft; es trat dann ein allgemeiner Rückgang der geistigen Fähigkeiten ein. Wir sehen also, daß in diesem Punkte die juvenile Paralyse sich nicht von der der Erwachsenen unterscheidet, und es ist wohl gerade auf den ziemlich plötzlichen Beginn der Erkrankung in einem bestimmten Lebensalter das Hauptgewicht bei der Diagnosestellung zu legen. Die Möglichkeit einer angeborenen Entwicklungshemmung braucht nicht erörtert zu werden. Auch für eine tertiär luische Erkrankung spricht nichts; insbesondere fehlen Herdsymptome. Die Charakteristika der Paralyse sind in vorliegendem Falle durchaus typisch. Wir finden außer einem Fehlen der Pupillenreaktion und Steigerung der Reflexe namentlich eine ausgesprochene Sprachstörung. Von besonderem Interesse erscheint die Beobachtung, daß der Kranke im Beginn einen Erregungszustand mit heiterer Stimmung zeigte; auch die Wutausbrüche, die mitunter zu Gewalttätigkeiten führten, sind Erscheinungen, die bei der Paralyse der Erwachsenen wohl bekannt sind, freilich auch bei anderen Formen geistiger Störung vorkommen. Auch der Blut- und Liquorbefund war in diesem Falle durchaus typisch für Paralyse.

Charlotte V., geb. 15. 12. 06. Anamnese der Mutter am 17. 2. 17 (die Angaben der Mutter entstammen einer Zeit, wo sie noch nicht typisch alteriert war). Die Mutter selbst klagt darüber, daß sie leicht nervös sei, ebenso wie ihr Mann. Potus ist nicht in der Familie. Außer der Pat. ist noch eine ältere und jüngere Schwester vorhanden, die beide gesund sind. Vor der Geburt ihrer jetzigen Kinder hat die Mutter im 8. Monat einen Mißfall gehabt. Vor 19 Jahren hat sie ein Geschwür an den Geschlechtsteilen gehabt. Ausschlag hat sie aber nicht bemerkt; behandelt



wurde sie damals nicht. Vor 2 Jahren wurde bei der Mutter das Blut untersucht und die Mutter einer Quecksilberkur wegen positiven Wassermann unterzogen. Die Geburt des Kindes selbst verlief normal. Pat. war ein gesundes, kräftiges Mädchen, hatte nie einen Ausschlag; dagegen litt sie bis zum 5. Monat an einem Darmkatarrh, entwickelte sich aber darnach sehr gut. Krämpfe sind nie zur Beobachtung gekommen. Mit 13 Monaten lernte sie laufen und sprechen, mit 5 Jahren hatte sie einen heftigen Keuchhusten, der ½ Jahr dauerte. Darnach bemerkte die Mutter, daß das Kind nicht mehr so laufen konnte wie früher; dann verschlechterte sich auch die Sprache; das Kind wurde von Tag zu Tag nervöser und aufgeregter; alles, was ihr in die Hände kam, zerriß sie. Kurze Zeit besuchte sie die Schule, sie konnte aber nur ¼ Jahr dort bleiben, weil sie den Unterricht dauernd störte. Sie sprang auf und lärmte. Ihr etwas beizubringen, war unmöglich, für nichts hatte sie Verständnis. Zuletzt besuchte sie den Kindergarten, aber auch von dort wurde sie heimgeschickt. Von der Zeit an war sie dauernd zu Hause, und die Mutter ließ sie den ganzen Tag über zu Bett. Nachts war sie häufig sehr ängstlich, schrie laut auf; das Bett näßte sie sehr selten, ebenso litt sie nie an Krämpfen.

Als sie hereingetragen wird, ruft sie: „Mein Bettchen, mein Bettchen." [Wie heißt du?] Mein Bettchen, mein Bettchen. (Aus einem ihr vorgehaltenen Buche reißt sie ein Blatt heraus.) O mein Bettchen, mein Bettchen. Papier arbeiten, nicht baden. — [Wo ist dein Vater?] ..... — [Wo ist deine Mutter?] Da ist sie. Keller, Keller, Mutter ist heim. — [Wie heißt du?] Lieber, lieb, mein Bettchen! — [Zeig' mal deinen Mund.] (Zeigt ihn mit beiden Händen und ebenfalls die Zunge.) — [Zeig' mal deine Nase.] (Zeigt die Zunge, jedoch nicht unartig.) — [Zeig' mal deine Augen.] (Zeigt die Zähne.) — [Womit kannst du sehen?] Die Mutter auch! ..... — [Nachsagen: Die Kuh gibt uns die Milch.] Mein Dok ... (spricht unverständliches Zeug, klatscht in die Hände und schlägt auf die Wärterin).

Der Ernährungszustand ist gut. Beim spontanen Gehen, welches sehr mühsam erfolgt, wird das rechte Hüftgelenk geschont. Der Gang ist spastisch. Die Bewegungen an den Armen sind passiv und aktiv frei. Es scheint am ganzen Körper Hypersensibilität zu bestehen. Die Patellarreflexe sind sehr lebhaft. Die rechte Pupille ist weiter als die linke, beide sind sehr weit und reagieren weder auf Lichteinfall noch auf Konvergenz. Der Augenhintergrund ist ohne Befund. Die Zunge wird gerade herausgestreckt und zittert nicht. Der Puls ist weich und regelmäßig, 120 Schläge in der Minute.

Nonne positiv, Phase I; Wassermann im Blut und Liquor positiv, Phase 2; Pleozytose.

15. 3. 17: Pat. hat oft Anfälle, sie schreit und schnalzt sehr laut mit der Zunge. Nachts schläft sie meist sehr gut und näßt oft das Bett. Sie ist unsauber und nimmt in letzter Zeit sehr wenig Nahrung zu sich.



April 1917: Die Pat. ist durchweg sehr unruhig, will öfters das Bett verlassen. Sie hat manchmal am Tage 5 Anfälle hintereinander, die durchschnittlich 2—3 Minuten dauern, meist jedoch täglich nur 1—2 Anfälle.

Die Mutter, Frieda V., geboren am 6. 2. 1875. Anamnese des Mannes: Seit 15 Jahren ist sie mit ihm verheiratet. Aus der Ehe stammen 4 Kinder, von denen die andern 3 gesund sind. Vorher hat die Frau 3 Totgeburten gehabt. Die Pat. ist schon seit 5—6 Jahren auffallend nervös, ihr Vater starb mit 89 Jahren, ihre Mutter lebt noch. In der Familie sind keinerlei Nervenkrankheiten nachzuweisen. Seit ¼ Jahre ist ihm an der Pat. aufgefallen, daß sie schlecht ißt, nachts sehr unruhig sich im Bett umherwirft und an Gedächtnisschwäche leidet. Auch steht sie manchmal ganz traumverloren da. Der Ehemann weiß nichts von einem Primäraffekt. Er hat selbst eine undeutliche Sprache, die aber wohl damit zusammenhängt, daß er ein künstliches, schlecht sitzendes Gebiß trägt. Er rechnet schlecht, die Pupillen sind weit, different und reagieren träge. Die Patellarreflexe sind beiderseits lebhaft. Die Zunge ist belegt, weicht etwas nach links ab und zittert stark. Sehr starke Arteriosklerose der Radialarterie. Bei ihm ist: Nonne negativ, Wassermann im Blut und Liquor negativ; keine Zellvermehrung.

Status psychicus der Mutter 20. 3. 17: [Wie alt sind Sie?] 42 Jahre. — [Wann geboren?] 6. 2. 1875. — [Seit wann verheiratet?] Seit 1901. — [Wieviel Kinder haben Sie?] Vier! — [Sind alle gesund?] Die Lotte ist ja hier; ich habe eine mit 10, eine mit 12 und eine mit 7 Jahren. — [Mißfall gehabt?] Zweimal. — [Sind Sie geschlechtskrank gewesen?] Ja, mit 20 Jahren. — [Von Ihrem Manne?] Nein, von meinem Verlobten. — [Ist es geheilt worden?] Ja. — [Was ist dagegen getan worden?] Mit Salbe eingerieben. — [Wie oft?] Ich weiß nicht mehr. — [Sind Sie sonst gesund gewesen?] Ja. — [Warum sind Sie hier?] Ich bekomme immer so Schwindelanfälle, und dann weiß ich nicht, wo ich bin. — [Fallen Sie dabei hin?] Ja, zweimal habe ich so ein Zusammenfahren beim Schlafen gehabt, das hängt wohl mit dem Blut zusammen. — [Haben Sie auch das Bewußtsein verloren?] Ja. — [Viel Kopfschmerzen?] Ja. — [Nachts schlimmer?] Nein, im Gegenteil. — [Ist das Gedächtnis schlechter geworden?] Ja, vollständig, ich vergesse alles. — [Welches Datum?] Ich weiß nicht. — [Welches Jahr?] 1917. — [Welcher Monat?] März. — [Anfang oder Ende?] Ende. — [Wo sind Sie hier?] Im Irrenhaus?. — [Haben Sie zu Hause Ihren Haushalt verrichtet] Zuletzt konnte ich nicht mehr putzen. — [Wie war denn das Toben zu Hause?] Es kamen so Anfälle, daß ich so aufgeregt war und alles klein schlagen mußte. — [Wie sind die Verhältnisse zu Hause?] Sehr ungenügend. — [Vermögend?] Gar nicht. — [Wie ist Ihre Stimmung?] Ich bin völlig gefühllos geworden. — [Nicht besonders freudig?] Nein, im Gegenteil, ich leide an Weinkrämpfen. — [8 × 9?] 72. — [7 × 17?] 109! — [Hauptstadt von Bayern?] München. — [Hauptstadt von



Baden?] Karlsruhe. — [Ein Gedicht von Schiller?] Die Glocke. — [Unterschied von Fluß und Teich?] Teich ist ein stilles Gewässer, und der Fluß fließt. — [Unterschied zwischen Irrtum und Lüge?] Das ist entgegengesetzt. — [Ist es dasselbe?] Nein, verschieden. — [8, 5, 3, 9, 6?] 8, 5, 3, 9, 6. — [1, 7, 4, 1, 2, 9?] 1, 7, 4, 8, 9! — [Sprichwort erklären: Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm?] Gewöhnlich nennt man es, wenn Vater und Sohn die gleichen Eigenschaften haben. — [Wann ist Christus geboren?] Weiß nicht. — [Welches Jahr ist jetzt?] 1917 nach Christus. — [Wann ist er also geboren?] Im Jahre 1.

Status somaticus: Mittelgroße, gut genährte Frau mit etwas angewachsenen Ohrläppchen, hoher, steiler Gaumen; die Gesichtszüge haben etwas maskenartig Starres. Die rechte Nasolabialfalte ist etwas mehr verstrichen als die linke. Zähnezeigen, Pfeifen, Stirnrunzeln ohne Befund. Die linke Pupille ist etwas weiter als die rechte. Beide Pupillen sind weit, reagieren nicht auf Lichteinfall und Konvergenz. Der Puls ist regelmäßig, gleichmäßig und voll. Die Frequenz beträgt 92. Die Bauchdecken sind schlaff. Die Bauchdeckenreflexe sind nicht auslösbar. Die Patellar- und Achillessehnenreflexe sind auch nach *Jendrassik* nicht auslösbar. Kein Babinski. Bei Prüfung des *Romberg*schen Symptoms gleichmäßiges Schwanken nach allen Seiten. Die Empfindung am ganzen Körper ist gleichmäßig etwas herabgesetzt.

Nonne Phase I, positiv; Wassermann im Blut und Liquor positiv (0,2); Pleozytose.

Ich habe in diesem Falle die Erkrankung der Mutter kurz wiedergegeben, weil dieselbe bei der gleichzeitigen Erkrankung des Kindes nicht ohne Interesse zu sein scheint. Es handelt sich bei der Mutter zweifellos um eine Paralyse. Dies ergibt sich nicht bloß aus dem positiven Ausfall der Blut- und Liquorreaktion, sondern auch aus den typischen paralytischen Symptomen auf geistigem und körperlichem Gebiete. Bei dem Kinde finden wir ebenfalls die typischen Symptome einer Paralyse: Pupillenstarre, Sprachstörungen, Reflexsteigerungen sowie eine allmählich fortschreitende Demenz, begleitet von zeitweisen Erregungszuständen. Auch der Blut- und Liquorbefund ist der der Paralyse. Wir haben also in vorliegendem Falle zwei Erkrankungen an Paralyse, die derselben Infektionsquelle entstammen. Es ist von Interesse, daß die Erkrankung bei dem Kinde etwas früher zum Ausbruch kam als bei der Mutter, deren Infektion doch schon etwa 20 Jahre zurückliegt, während bei dem Kinde die Erkrankung erst mit dem 5. Lebensjahre einsetzte. Wir haben dabei den Beginn der Erkrankung der Mutter nach den auffallenden psychischen Symptomen angesetzt, trotzdem bereits vor dem Ausbruch der



Psychose bei der Mutter Pupillenstörungen festgestellt waren. Es wäre namentlich vom wissenschaftlichen Standpunkte exakter, den Beginn der Paralyse bei der Mutter schon in den Zeitpunkt der Entstehung der Pupillenstörungen zu verlegen, aber da sich natürlich dieser Zeitpunkt in unserem, wie überhaupt in den meisten Fällen schwer feststellen läßt, da wir andererseits wissen, daß Pupillenstörungen nicht nur dem Ausbruch einer Tabes oder Paralyse jahrelang vorausgehen können, sondern auch unter Umständen das einzige Symptom einer überstandenen Lues sein können, ohne daß sich später ein syphilogenes Nervenleiden entwickelt, so werden allgemein die ersten psychischen Störungen als Beginn angenommen oder auch die für Paralyse pathognomonischen körperlichen Symptome, z. B. Sprachstörungen. Was den Vater anbetrifft, so war die Sprachstörung nicht typisch paralytisch, sie war wohl verwaschen, aber es fehlte das Silbenstolpern, so daß wir sehr wohl das schlecht sitzende Gebiß als Ursache dafür anschuldigen können; auch war keinerlei psychische Alteration vorhanden, die die Diagnose einer Paralyse rechtfertigte. Auch die Steigerung der Reflexe kann Folge des sehr herabgekommenen Ernährungszustandes sein, vielleicht auch mit der Arteriosklerose in Zusammenhang stehen. Jedenfalls hat die Untersuchung von Blut und Liquor keine Anhaltpunkte für bestehende oder im Anzug befindliche Paralyse ergeben.

Wenn ich auch nur ein verhältnismäßig kleines Material zur Frage der juvenilen Paralyse beizubringen vermag, so zeigen doch alle Fälle in übereinstimmender Weise einige Symptome, die bei der Paralyse der Erwachsenen seltener vorkommen. Es geht natürlich nicht an, aus vier Fällen ein prozentuales Verhältnis aufstellen zu wollen, vielleicht kann ich sie in die Befunde *Stöckers* einreihen. Auch bei unseren Fällen bestand überall absolute Pupillenstarre, d. h. es fehlten 1. die direkte und indirekte Lichtreaktion und 2. die Konvergenzreaktion. Ferner war in allen vier Fällen Mydriasis vorhanden. Diese Pupillensymptome scheinen in der Tat wichtige Zeichen der juvenilen Paralyse zu sein und haben als solche früher keine genügende Beachtung gefunden; und doch sind diese Symptome nicht bloß vom theoretischen Standpunkt aus interessant, weil sie möglicherweise einem stärkeren Befallensein des Hirnstammes von dem paralytischen Prozesse bei der juvenilen Paralyse entsprechen, son-

dern sie sind auch praktisch wichtige Zeichen. Es sei jedoch erwähnt, daß die Anschauung *Stöckers*, die den Sitz der absoluten Pupillenstarre in den Hirnstamm verlegt, nicht von allen Autoren geteilt wird, namentlich *Wilbrand*, *Sänger* und *Nonne* vertreten den Standpunkt, daß die absolute Pupillenstarre nicht in einer Sphinkterkernläsion zu suchen ist, die man im frontalen Polteil des lateralen Hauptteils des Okulomotoriuskerns angenommen hat, sondern im N. oculomotorius selbst sitze, während *Marina* dieselbe Störung in das Ganglion ciliare lokalisiert. Ich selbst bin nicht in der Lage, Material für die strittige Frage beizubringen, und will mich auf eine Diskussion nicht einlassen, sondern bloß der Tatsache Rechnung tragen und das Hauptgewicht auf die praktische Bedeutung dieser Erscheinung für die Diagnostik legen. Es sei ausdrücklich hervorgehoben, daß *Alzheimer* im Hirnstamm bei der juvenilen Paralyse bloß eine stärkere Ausprägung von paralytischen Veränderungen festgestellt hat, und daß in diesem Falle nicht etwa (was bei der Paralyse auch gelegentlich vorkommt) eine Kombination von paralytischen mit tertiär-luischen Veränderungen vorliegt. Bekanntlich hat namentlich *Sträußler* auf das Vorkommen von miliaren Gummen, sowie auch endarteriitischen Prozessen bei klinisch und anatomisch einwandfreien Paralysen hingewiesen. Außer diesen intrazerebralen Läsionen kann die absolute Starre aber auch Folge einer Rindenreizung sein, da bekanntlich fast alle Krampfzustände der Pupille im Gegensatz zu den Lähmungen kortikal bedingt sind. Bei Erwachsenen tritt die absolute Pupillenstarre sehr in den Hintergrund. *Uthoff* fand unter 300 Beobachtungen, von denen 71 % Pupillenstarre zeigten, nur in 16 % absolute Starre und in 55 % isolierte reflektorische Starre. Hingegen ist die absolute Pupillenstarre, teils isoliert, teils in Verbindung mit Lähmungen der äußeren vom Okulomotorius versorgten Augenmuskeln, häufig ein Symptom tertiär luischer Gehirnerkrankung, abgesehen natürlich von den Fällen, wo ein anderes Leiden, multiple Sklerose, Hirntumor oder andere basale Prozesse vorliegen. Wenn man auch niemals die Differentialdiagnose zwischen Paralyse und Hirnsyphilis auf Grund einzelner Symptome stellen darf, so sind doch absolute und reflektorische Starre diagnostisch nicht gleichwertig. Wenn gleichzeitig andere Hirnnervenlähmungen oder zerebrale Herdsymptome vorhanden sind, so spricht dies für das Bestehen einer tertiär syphilitischen Gehirn-



erkrankung; in Fällen, wo bloß absolute Pupillenstarre nachweisbar ist und aus den übrigen Symptomen keine Schlüsse in bezug auf die Differentialdiagnose gestellt werden können, kommt ihr keinerlei Bedeutung zu. Bei Erwachsenen wird man in derartigen Fällen immer an die Möglichkeit einer Lues cerebri denken müssen, und die eingeschlagene Therapie wird in den meisten Fällen unsere Vermutung bestätigen. Bei der juvenilen Paralyse kommt jedoch die absolute Pupillenstarre so häufig vor, daß dieser Erscheinung niemals der geringste differentialdiagnostische Wert für eine etwa bestehende Lues cerebri beizumessen ist. Wir haben eingangs erwähnt, daß die juvenile Paralyse nicht selten als Lues cerebri diagnostiziert wird, und es scheint, daß dieses eigenartige Verhalten der Pupillen zu dieser Fehldiagnose geführt hat. Auffallend ist jedoch die Tatsache, daß der paralytische Prozeß bei der juvenilen Paralyse bloß die Funktion der inneren Augenmuskeln zu schädigen scheint, während er die Funktion der äußeren intakt läßt, denn wir fanden in unseren Fällen, soweit sich das feststellen ließ, keine Ptosis in der Anamnese und auch keine jetzt bestehenden Störungen der äußeren Augenmuskulatur. Diese Feststellung hat natürlich nur bedingten Wert, da man berücksichtigen muß, daß bei den meist erheblich dementen juvenilen Paralysen eine genaue Untersuchung z. B. auf Doppelbilder unmöglich ist. Bei den von *Stöcker* beobachteten 18 Fällen finden wir nur in einem Falle über diesen Punkt eine Angabe; es heißt dort: „In einem Falle war die Prüfung auf Konvergenzreaktion nicht möglich wegen des Strabismus divergens." Demnach scheinen bei den anderen Fällen irgendwelche Lähmungen der äußeren Augenmuskulatur nicht vorhanden gewesen zu sein; und in diesem Falle wird es sich wohl um konkomittierenden und nicht paralytischen Strabismus gehandelt haben, da *Stöcker* nichts über Lähmungen berichtet. Was die Optikusatrophie der Erwachsenen anbetrifft, so ist sie meist ein Frühsymptom der Tabes resp. Taboparalyse. Bei der juvenilen Paralyse ist sie jedoch nicht mit Hinterstrang-, sondern mit Seitenstrangsymptomen (Spasmen) verbunden. Auch in unseren Fällen finden wir zweimal solche Augenhintergrundstörungen vor. Die damit verbundene Mydriasis ist auch hier nicht etwa durch fortschreitende Atrophie des Sehnerven bedingt, denn die beiden anderen Fälle ergaben auch Mydriasis, ohne daß irgend etwas an dem Augenhintergrund hätte nachgewiesen werden



können. Worauf die Häufigkeit der Optikusatrophie gerade bei der juvenilen Paralyse beruht, ist mangels einer genauen Kenntnis über den Entstehungsmechanismus, insbesondere den Angriffspunkt der Atrophie, nicht zu entscheiden. Die Untersuchungen *Stargards* bei Optikusatrophie der Erwachsenen haben gelehrt, daß sich bei Optikusatrophie im Optikus selbst entzündliche Veränderungen, z. B. Plasmazelleninfiltrationen, vorfinden. Vielleicht können uns genaue anatomische Untersuchungen der Sehbahnen bei der juvenilen Paralyse einmal bessere Aufschlüsse über die Entstehung der Sehnervenatrophie nicht bloß bei der juvenilen Paralyse, sondern auch der tabischen Optikusatrophie überhaupt geben.

Literatur.

Alzheimer, Die progr. Paralyse der Entwicklungsjahre. Neurol. Ztlbl. 1894.

— Die Frühformen der progr. Paralyse. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 52, 1895.

Arsimoles et *Halberstadt*, La paralysie générale juv. Ann. med. psych. Bd. 52, 1895.

Bachmann, *Fritz*, Über 5 Fälle progr. Paralyse bei Kindern. Fortschr. d. Med. Nr. 2, S. 33, 1909.

— Über juvenile Paralyse. D. med. Wschr. 1907, S. 126.

Brisot, *M.*, Un cas de paral. infantile. 1914. Ann. méd. psych. X. S. T. 5, Nr. 6, S. 662.

Bumke, *O.*, Die Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkrankheiten. Jena 1911.

Clouston, A case of general paralysis at the age of sixteen. Journ. of mental Science 1877, S. 41.

Collet, Ein Fall von Paralysis general. bei einem 10jährigen Knaben. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 29, H. 1, S. 24, 1914.

Curschmann, Beitrag zur progr. Paralyse im Kindesalter. Psych.-neurol. Wschr. Bd. 9, Nr. 38—39, S. 344 u. S. 352.

Dahl, Über jugendliche progr. Paralyse. Inaug.-Diss., Würzburg 1909.

Fischer, *J.*, Über juvenile Paralyse. Wiener med. Wschr. Bd. 17, S. 974, 1910.

Flesch, *J.*, Progr. Paralyse eines 13jährigen Mädchens. Wiener med. Wschr. Nr. 4, S. 214.

Fournier, Les affections parasyphilitiques. Paris 1909.

Fröhlich, *W.*, Über allg. progr. Paralyse der Irren vor Abschluß der körperlichen Entwicklung. Leipzig 1901.



Gudden, Zur Ätiologie und Symptomatologie der progr. Paralyse. Arch. f. Psych. 1894, Bd. 28, H. 2.

Herrmann, Paralytikerkinder. Münch. med. Wschr. Nr. 20, S. 1025, 1909.

Hirschl, Die juvenile Form der progr. Paralyse. Wiener klin. Wschr. Nr. 21, 1903.

Hough, A case of juvenile general paralysis. Journ. of nervous and mental diseases Bd. 36, 1909.

Ilberg, Die Untersuchung des Gehirns und seiner Teile an 102 an Dementia paralytica verstorbenen männlichen Sachsen. Neurol. Ztlbl. 1903, S. 833.

Jahnel, F., Paralyse und Tabes im Lichte der modernen Syphilisforschung. Ztschr. f. ärztl. Fortbild. 1917.

Janssen, G., and *Mees*, Ein Fall von progr. u. juveniler Demenz. Journ. f. Psych. u. Neurol. Bd. 11, H. 4/5, S. 157, 1908.

Keller, Ein Fall juveniler Paralyse in einer degenerierten Familie. Med. Klin. Nr. 11, S. 366.

Klieneberger, Die juvenile Paralyse. Med. Klin. Nr. 38, S. 1531, 1912.

— Ein Fall von Balkenmangel bei juveniler Paralyse. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 67, H. 4, S. 572, 1910.

Lafora, G., Zur Histopathologie der juvenilen Paralyse. 2 Fälle. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 15, H. 3, S. 281.

— Zur Frage der hereditären Paralyse der Erwachsenen, zugleich ein Beitrag zur histopathologischen Absonderung der juvenilen Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 9, H. 4, S. 443, 1912.

Lilienstein, Ein Fall juveniler Paralyse. Die Therapie der Gegenwart. April. S. 185, 1908.

A. Marie und *Levaditi*, Das Treponema der allg. Paralyse. Allg. Ztschr. f. Psych. 1914.

Marinesco et *J. Minea*, Comptes rendus des Séances de la Société de Biologie. Réunion biol. de Boucarest, 19. Juni 1913.

Marchand, Un cas de paral. générale juv. avec examen micrograph. Revue de psych. Bd. 8, S. 101, 1904.

Mott, Notes on twenty two cases of juvenile general paralysis, with sixteen post mortem examinations. Arch. of Neurol. 1899.

Naville, F., De la paralysie générale de l'enfant. Revue méd. de la Suisse romande Nr. 11, S. 742, 1912.

Orloff, N., Fall von juveniler Paralyse mit Autopsie. Psych. d. Gegenw. Bd. 6, S. 503, 1912.

Nonne, Dementia paralytica als einziger Ausdruck hereditärer Syphilis bei einem 12jährigen Kinde. Allg. Wiener med. Ztg. 1902.

— Syphilis und Nervensystem. Berlin 1915.

v. Rad, Über einen Fall von juveniler Paralyse auf hereditär luetischer Basis mit spezifischen Gefäßveränderungen. Arch. f. Psych.



Bd. 30, S. 82, 1899.
Reichardt, Leitfaden der psychiatrischen Klinik. Fischer, Jena 1907.
Rosenfeld, M., Über juvenile Paralyse. Med. Klin. Nr. 44, S. 1784, 1912.
Scharnke, Zur pathol. Anat. und Pathol. d. juv. Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 1, S. 303, 1914.
Stöckermantel, Über eigenartige Unterschiede im Pupillenbefund bei progr. Paral. d. Erwachsenen und juveniler Form. Ztschr. f. d. ges. Neurol. Bd. 26, S. 564, 1914.
Stein, F. W., Die Bedeutung der mehrkernigen Ganglienzellen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1914.
Sträußler, E., Über Entwicklungsstörungen im Zentralnervensystem bei juveniler Paralyse u. Beziehungen dieser Erkrankung zu der hereditären Erkrankung des Zentralnervensystems. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 2, H. 1, S. 30, 1910.
— Die histologischen Veränderungen des Kleinhirns bei progressiver Paralyse mit Berücksichtigung des klin. Verlaufs und der Differentialdiagnose. Jahrb. d. Psych. Bd. 27, S. 7, 1906.
Trapet, Über Entwicklungsstörungen des Gehirns bei juveniler Paralyse und ihre Bedeutung für die Genese dieser Krankheit. Arch. f. Psych. Bd. 47, H. 3, S. 1293, 1910.
— Entwicklungsstörungen des Gehirns bei juveniler Paralyse. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 45, S. 716, 1909.
Vogt und *Frank*, Über juvenile Paralyse. D. med. Wschr. Nr. 20, S. 786, 1905.
Vorbrodt, Zur Kenntnis der familiären Paralyse. D. med. Wschr. Nr. 15, S. 695, 1912.
Wisotzki, Karl, Beitr. z. juvenilen Paralyse u. Tabes dors. Inaug.-Diss., Königsberg 1912.
Wollburg, Über Dementia paralytica im jugendl. Alter. Inaug.-Diss., Kiel 1906.
Wollenberg, Dementia paralytica. Lehrb. d. Psychiatrie. Fischer, Jena 1904.
Woltär, O., Beitrag zur Kasuistik der Paralysis progr. im Kindesalter. Prager med. Wschr. Nr. 39, S. 538, 1905.



Kleinere Mitteilungen.

Provinzialheilanstalt Suttrop. — Infolge der bisherigen Bezeichnung der Anstalt sind bei den Ämtern Warstein und Altenrüthen fortgesetzt dadurch Weiterungen entstanden, daß amtliche, die Eingesessenen der Anstalt, namentlich die zahlreich hier befindlichen Heerespflichtigen betreffende Schriftstücke an das Amt in Warstein gerichtet worden sind, während das Amt in Altenrüthen zuständig ist. Zur Beseitigung dieser Unzuträglichkeiten hat der Herr Landeshauptmann der Provinz Westfalen bestimmt, daß die Provinzialheilanstalt Warstein zukünftig die Bezeichnung „Provinzialheilanstalt Suttrop, Post Warstein" führt.

Zur Erinnerung an *Carl Pelman*. — Seinem Freunde *Heinrich Schüle* ist *Carl Pelman* rasch in die Ewigkeit gefolgt. Eine unter recht bedrohlichen Erscheinungen einsetzende Influenza-Pneumonie schien bei dem bisher leidlich Rüstigen noch einen günstigen Verlauf nehmen zu wollen, bis eine plötzlich eintretende Herzschwäche nach nicht achttägigem Krankenlager seinem Leben in der Frühe des 21. Dezember 1916 ein rasches Ende setzte. Die jetzigen Ernährungsschwierigkeiten waren auch an ihm nicht spurlos vorübergegangen. Es machte ihm zwar Freude, daß er an Körpergewicht ordentlich abnahm, daß er nach Jahrzehnten endlich mal wieder unter 200 Pfund anlangte; doch fühlte er schon längere Zeit eine große Müdigkeit und zunehmende Schläfrigkeit; längeres Lesen, zeitlebens seine Lieblingsbeschäftigung, strengte ihn an, ebenso längere Unterhaltung. Auch hat er den Anfang 1916 erfolgten Tod seiner Schwester Marie, die seit Jahren den Haushalt mit ihm teilte, nicht überwinden können. Ihr Verlust und der Tod einer Reihe ihm besonders Nahestehender machten auch, daß er sich vereinsamt vorkam, so daß seine Äußerung bei *Schüles* Tode, daß er selbst nun auch bald Abschied nehmen würde, ihm von Herzen zu kommen schien. Sein Tod war denn auch ein leichter, der Schluß eines im ganzen harmonisch abgelaufenen Menschenlebens.

Pelman, der am 28. Januar 1838 in Bonn geboren war, hat ein Alter von nahezu 79 Jahren erreicht. Als er die Leitung der Provinzial-Heilanstalt in Bonn niederlegte, im Jahre 1904, stand er im 67. Lebensjahre. Die allgemeinen Daten seines Lebens sind damals mitgeteilt worden (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie 1902, S. 913). Der Schritt aus dem ihm so



lieben Anstaltsbetrieb in den Ruhestand ist ihm recht schwer geworden, wenn auch der Entschluß dazu schon seit Jahren in ihm gereift und anderen mitgeteilt war. *Pelman* hatte vielfach gesehen, daß alte Beamten aus Mangel an Selbsterkenntnis oft nicht den richtigen Zeitpunkt erfassen, den Abschied zu nehmen, und äußerte wohl auch mal die Befürchtung, daß man ihm den Wink geben könnte, vom Schauplatz seiner Tätigkeit abzutreten; — geglaubt hat er dies sicher selbst nicht. An Versuchen, seine erprobte Kraft noch länger der Provinz zu erhalten, hat es ja auch nicht gefehlt. *Pelman* war beim Abgang auch körperlich und geistig noch recht rüstig. Die Anstalt hätte er gut noch einige Jahre leiten können. Anders stand er aber der psychiatrischen Klinik gegenüber. Im vertrauten Kreise machte er kein Hehl daraus, daß er es für nötig hielt, die Professur für Psychiatrie einer jüngeren Kraft zu überlassen, die von der Pike auf gedient hätte und besser imstande wäre, den großen Fortschritten, welche das psychiatrische Wissen seit den letzten Jahrzehnten gemacht, zu folgen und daran mitzuarbeiten. Dazu war vor allem der Bau einer psychiatrischen Klinik nötig, und solchen Aufgaben wußte sich *Pelman* nicht gewachsen. Er hat sein Wissen und Können nie überschätzt. Zur Übernahme der Professur in Bonn 1889, als Nachfolger von *Werner Nasse*, hatte er sich nur unter großem Widerstreben und auf hartnäckiges Drängen von *Friedrich Althoff* bereden lassen. Er wäre lieber in Grafenberg geblieben und hätte die nach seinem Geschmack eingerichtete Anstalt bis an sein Lebensende geleitet, zumal er im nahen Düsseldorf den angenehmsten Verkehr, namentlich in Künstlerkreisen, hatte und seine konsultative Praxis eine ausgedehnte und entsprechend der Bevölkerung eine recht einträgliche war. Erst nach mehrtägigen Verhandlungen in Berlin gab *Pelman* damals nach und schilderte später sehr lebendig, wie *Althoff* ihn schließlich in einen großen Saal des Ministeriums über Mittag eingesperrt und so durch Hunger mürbe gemacht habe! Man darf wohl ruhig sagen, daß *Pelman* am Abhalten der Klinik nie den rechten Geschmack fand. Er war selbst ein guter Psychologe, hatte volles Verständnis für die Psyche des Menschen in gesunden und kranken Tagen, verstand es meisterhaft, wahrheitsgetreu und plastisch zu schildern, dabei war er ein guter Redner, den nichts aus dem Gleichgewicht bringen konnte, der es auch verstand, seine reiche Lebenserfahrung und namentlich seine große Literaturkenntnis geschickt in seinem Unterricht zur Geltung zu bringen — für einen guten Lehrer der medizinischen Jugend hat er sich nie gehalten. Ich glaube ihm nicht unrecht zu tun, wenn ich sage, daß es ihm in den letzten Jahren lästig war, die Klinik abzuhalten. Unangenehm war ihm auch das Examinieren, namentlich als er gezwungen war, vorübergehend dabei innere Medizin zu prüfen. Vor dem ersten Examen erfaßte ihn damals im Hinblick auf sein eigenes Wissen ein gewisses Fieber, so daß er die Vermutung aussprach, die Examinanden würden Mitleid mit dem Examinator haben, wenn sie wüßten, welch große



Angst er selbst hätte! — Anders war es mit seinen Vorlesungen für alle Fakultäten, die er einmal wöchentlich abhielt. Hier war er in seinem Fahrwasser, hier konnte er aus seinem reichen Allgemeinwissen schöpfen, so viel er wollte, hier durfte er Kritik üben an Hoch und Niedrig, hier konnte er vor allem seinen Humor sprudeln lassen. Seine Kritik war übrigens nie bösartig, verletzend. Während es *Pelman* auch nicht schwer wurde, die Besucher seiner Klinik bis zum Semesterschluß zusammenzuhalten, wurde es uns immer schwieriger, für das Publikum, das längere Zeit wohl das meist besuchte Kolleg der Bonner Universität war, die nötigen Räume in der Anstalt zu finden. Wenn dann zum Schluß dreihundert und mehr Hörer in der üblichen Weise dem beliebten Lehrer ihren Beifall durch Trampeln zu erkennen gaben, war für uns in den unteren Räumen Arbeitenden die Befürchtung nicht unberechtigt, daß die Decke mal nachgeben würde. War es doch nicht unbekannt, daß beim Bau der Anstalt in den sogenannten Gründerjahren die Bauleiter erst in zweiter Linie auf Solidität und Festigkeit der Bauten gesehen hatten. Da es übrigens in heißen Sommertagen wiederholt bei den Zuhörern zu Schwäche- resp. Ohnmachtsanfällen gekommen war, wurde bei den Vorlesungen eine Sanitätswache in der Nähe bereitgestellt. —

Wie seine Studenten, so wußte *Pelman* überhaupt die Menschen zu nehmen; es war ihm ein leichtes, mit Hoch und Niedrig, Arm und Reich, mit allen Berufsarten zu verkehren und zu verhandeln. An Gelegenheit dazu hat es ihm nie gefehlt. Seine Stellung in Grafenberg und Bonn verschaffte ihm Bekanntschaften in reichem Maße. Grafenberg war damals die einzige größere Irrenanstalt am Niederrhein; *Pelman*s Ruf sorgte dafür, daß auch die besseren Klassen immer voll besetzt waren. War er doch lange Zeit der meistbeschäftigte Psychiater der Rheinprovinz. Auch nach außen wurde sein Rat bis in allerhöchste Kreise in Anspruch genommen, Und dies nicht nur in rein psychiatrischen Angelegenheiten. *Pelman* war ungemein praktisch veranlagt und ein ausgezeichneter Organisator. Als solchen suchte man ihn auch nach einer der Hansestädte als Verwaltungsdirektor der Krankenanstalten zu ziehen. Das wußte auch *Friedrich Althoff*, mit dem er von seiner Bonner Studienzeit her bekannt und befreundet war, als er ihn 1871 von Siegburg fortholte und ihm die Irrenanstalt Stephansfeld anvertraute. Die Überleitung der großen elsässischen Anstalt aus französischen in deutsche Verhältnisse hat *Pelman* viel Arbeit gekostet, aber auch viel Freude bereitet. *Althoff* hat damals *Pelman*s Rat und Hilfe auch in anderen, nicht psychiatrischen Fragen öfters in Anspruch genommen, und ihre häufigen Zusammenkünfte im Hotel Ville de Paris in Straßburg waren nicht nur kulinarischen Zwecken gewidmet. Das Vertrauensverhältnis zwischen beiden Männern hat denn auch bis zu *Althoffs* Tod fortbestanden, sie besuchten wohl nie Berlin oder Bonn, ohne Gelegenheit gefunden zu haben, sich wiederzusehen. —



Daß *Pelman* nach Erledigung seiner Aufgabe in Stephansfeld 1876 die Leitung der Anstalt Düsseldorf-Grafenberg übernahm, lag einmal in seiner Liebe zur Heimat und Heimatprovinz — er war mit Leib und Seele Rheinländer —, dann aber auch reizte es ihn, die noch im Bau begriffene rheinische Anstalt ganz nach seinem Geschmack einzurichten. Das ist ihm denn auch reichlich gelungen. Daß er dabei nicht alle seine Wünsche und Pläne erfüllt sehen würde, wußte er im voraus. Dankbar hat übrigens *Pelman* später immer anerkannt, daß er bei seiner vorgesetzten Behörde doch meistens Verständnis und Entgegenkommen für seine Absichten und Pläne gefunden hätte. Er wußte freilich auch seine vorgesetzte Behörde richtig zu nehmen!

Die Liebe zum Rhein war es auch in erster Linie, die *Pelman* weitere Berufungen und ehrenvolle Anerbieten nach außen ablehnen ließ. Am schwersten scheint es ihm geworden zu sein, einen Ruf nach Südamerika, den er als junger Psychiater bereits erhielt, nicht Folge zu leisten. Er hätte dort seine vielseitigen Sprachkenntnisse verwerten und erweitern können. Denn er war ein Polyglotte; er beherrschte mündlich und schriftlich die italienische, französische und englische Sprache, war in der Literatur dieser Länder wie in der deutschen bis auf die Neuzeit zu Hause. Er besaß eine große Bibliothek, die er gern anderen zugänglich machte. Auch im Lateinischen war er noch recht bewandert. In der Unterhaltung liebte er es, seine Literaturkenntnis zum besten zu geben. Sich mit Gleichgebildeten zu unterhalten, war ihm ein Hochgenuß. Mit zu den schönsten Tagen seines Lebens rechnete er daher eine Woche, die es ihm vor Jahren vergönnt gewesen war im nahen Verkehr mit einer literarisch hochgebildeten und selbst schaffenden rheinischen Fürstentochter zu verleben. Unter dem blauen Himmel des Südens und unter blühenden Magnolien wandernd und sitzend maßen beide stundenlang ihre Literaturkenntnisse, und *Pelman* konnte nachher berichten, wie er in mancher Hinsicht der Fürstin übergewesen war. Dieser Umstand scheint übrigens der Kranken — *Pelman* war in erster Linie als Arzt hinzugerufen — das richtige Vertrauen zu *Pelman* gegeben und somit ihre Heilung in die richtigen Wege geleitet zu haben. Der Eindruck, den er hinterließ, war ein derartiger, daß die Genesene später das Verlangen hatte, ihn ihrer königlichen Schwester vorzustellen. Der Aufforderung, im nahe gelegenen rheinischen Nizza zur Audienz zu erscheinen, wollte *Pelman* erst nicht Folge leisten; der Männerstolz vor Königsthronen bäumte sich in ihm. Schließlich beruhigte er diesen damit, daß er selbst Tag und Stunde seines Besuches bestimmte! Er hat es denn auch nie bereut, einen Nachmittag mit dem feingebildeten Schwesternpaar verlebt zu haben. —

Pelman mußte Eindruck machen; schon sein Äußeres hatte etwas Imponierendes. Der mächtige Schädel mit der hohen Stirn ruhte auf einem massiven Körper; der lange weiße Bart gab ihm etwas Patriarchalisches. Prächtig stand ihm der akademische Senatorenmantel, in

dem er sich übrigens auch für die Bonner Anstalt malen ließ. Gelegentlich eines längeren Aufenthaltes in Neapel verfolgte ihn auf der Via Caracciolo tagelang ein Italiener, der dann bei *Pelmans* Frage sich als scultore vorstellte und den bello Tedesco bat, ihn aushauen zu dürfen, es geschähe nur der Kunst wegen. *Pelman* konnte nicht nein sagen. Die Büste wurde wirklich gut, doch kam *Pelman* die Kunst auf 1200 Lire zu stehen! —

Zu seinem Äußeren paßte seine olympische Ruhe, die ich übrigens schon vor 35 Jahren an ihm bewunderte; schon damals machte er einen völlig abgeklärten Eindruck. Ungeduldig sah man ihn nie, nervös konnte er nicht werden. Willig hörte er die monotonsten Lamentationen, die langweiligsten Expektorationen an. Heftig konnte er nicht werden. Auch hatte er ein goldenes Herz. Niemand klopfte wohl vergebens bei ihm an. Dabei gaben ihm seine ausgedehnten Verbindungen reichlich Gelegenheit, Anderen zu helfen. Er war auch in materieller Hinsicht nicht geizig. Auch konnte er es im Betteln mit dem besten Bettelmönch aufnehmen; milde Beiträge für seine Anstalt fielen ihm in Menge und in jeder Art zu. Auch manche Kriminellen hat er wieder auf die Beine gebracht. Noch 14 Tage bevor er sich legte, korrespondierte er mit einem berühmten Kriminalisten in Berlin in Sachen eines Mannes, der vor Jahren seine Geliebte ermordet hatte, aber noch in Strafvollzug war und die Absicht hatte, sich jetzt durch den Krieg zu rehabilitieren.

Seine ganze Persönlichkeit war wie geschaffen zum praktischen Irrenarzt und Anstaltsleiter. Die Morgenrunde mit ihm zu machen war ein Genuß. Er nahm jeden Kranken individuell, bot jedem sein Ohr. Die Kranken vergötterten ihn teilweise. Er war für sie „der alte Kaiser" oder der Kaiser Barbarossa, die Paralytiker überhäuften ihn mit Gold und Edelsteinen. Auch den Portierposten an einem Brothelhouse, das eine Prostituierte für einige tausend Mädchen in London-Ostend erbauen wollte, mußte er über sich ergehen lassen. Er erreichte auch meist bei den Kranken, was er wollte. Doch nahm er es auch nicht übel, wenn es ihm einmal nicht gelang, seiner Persönlichkeit zum Siege zu verhelfen. So erzählte er mit gutem Humor, wie er vor Jahren im Winterschnee über die Alpen reiste, um ein mittelalterliches Fräulein im Salonwagen aus einem Hotel in Oberitalien nach einem deutschen Krankenhaus überzuführen. Es gelang ihm nicht, dagegen folgte die Widerspenstige nach einigen Tagen dem Hotelkellner in einem Coupé niederer Güte nach hier.

Seinen Untergebenen und Mitarbeitern war er bis zuletzt ein angenehmer Chef. Wie er ein Frühaufsteher war — er erschien im Sommer und Winter morgens 7½ Uhr in der Anstalt —, und wie er jede Arbeit nach Möglichkeit sofort erledigte, so verlangte er auch von seinen Ärzten Pünktlichkeit im Dienst und volle Hingabe an den einmal gewählten Beruf. Dabei kehrte er eigentlich den Vorgesetzten niemals heraus; mußte er mal tadeln, so geschah es in schonender, väterlicher Weise. Hatte man



ein Anliegen, so war es das Gegebene, zuerst zu ihm zu gehen, denn er nahm auch persönlichen Anteil an dem Ergehen seiner Mitarbeiter. In Krankheitsfällen war es ihm Bedürfnis, täglich nach einem zu sehen, ein Erfrischungsmittel zu bringen und dgl. —

Er pflegte auch sonst die Geselligkeit. Bei seinen Einladungen zum Essen liebte er es, besondere Leckerbissen, meist exotischer Art, vorzuführen. Er war ein Feinschmecker, Gourmet, nicht Gourmand, auf die Menge gab er nichts. Es war bekannt, daß er die Zubereitung des Mahles selbst überwachte, daß er Seite und Paragraphen des Kochbuches vorschrieb. Er besaß auch eine große Sammlung von Kochbüchern; gute Freunde, die seine Liebhaberei kannten, beschenkten ihn damit. Gelegentlich teilte er mir mit, daß er das Hundert solcher Bücher jetzt voll habe. Gern sprach er auch über seine Erlebnisse kulinarischer Art in fremden Ländern. Er vertrat den richtigen Standpunkt, daß man nur dann ein Volk richtig kennt, wenn man weiß, wie es sich nährt. Daß *Pelman* auch ein guter Weinkenner war, brauche ich nicht zu sagen; er war geborener Rheinländer und hatte die nötige Zunge. Aber auch im Trinken war *Pelman* nicht unmäßig. Daß man ihn gelegentlich in einer Bierzeitung, nicht in Bonn, als den alten Zecher Nestor bezeichnet hatte, hat ihn lange geärgert. Verließ man dann zu später Stunde das gastliche Haus, so konnte man im Zweifel sein, ob die materiellen oder die geistigen Genüsse des Abends höher zu werten seien. Denn nach dem eigentlichen Mahl, beim Glase Bowle, Kardinal oder dgl., war es *Pelman*, der am runden Tische im bequemen Lehnsessel sitzend die ganze Tafelrunde unterhielt. Da hörte man immer wieder gern, wie es im alten Bonn zur Zeit, als die Weingärten noch an den Toren der Stadt begannen, aussah und zuging, da erfuhr man, wie der erste Ausschank von Bier die Stadtbewohner in zwei feindliche Lager schied, wie *Pelman*s Vater wochenlang den Sohn wie Luft behandelte, weil er einen Abend in einer Bierkneipe zugebracht hatte, und dgl. Dann gab *Pelman* seine Erlebnisse in Siegburg, Stephansfeld, Grafenberg zum besten, schilderte in drastischer Weise, wie eigentlich die jungen Psychiater in Siegburg die Stadtgewalt in Händen hatten, wenn sie auch nicht mal über einen eigenen Hausschlüssel verfügten und oft genug beim nächtlichen Nachhausekommen beim Übersteigen des Anstaltstores an den Stacheln hängen blieben, so daß z. B. ein später recht berühmt gewordener Berliner Kollege am anderen Morgen in *Pelman*s Beinkleidern dem hohen Chef seine Aufwartung machen mußte. Denn Siegburg war in damaliger Zeit das Mekka der Psychiatrie. In Stephansfeld hat *Pelman* offenbar sehr glückliche Tage verlebt, namentlich im Beisammensein mit *Krafft-Ebing*. — War *Pelman* sehr animiert, so erzählte er auch aus seiner Manöverzeit à la Hackländer oder Kossak; dann erweckte er auch Zweifel in einem, ob die Historiographen nicht unrecht tun, wenn sie die Erstürmung der Düppeler Schanzen nur allein Helmut v. Moltke, Papa Wrangel und dem Prin-



zen Friedrich Karl als Plus buchen. Dann kam man aus dem Lachen nicht heraus. *Pelman* blieb bei seinen Mitteilungen aber immer diskret, brauchte nie ein verletzendes Wort. Er war ein Feind jeden Klatsches und namentlich jeder Zote.

Auch wäre das Bild von *Pelman* nicht wahrheitsgetreu, wollte man ihn beurteilen allein nach dem, wie er sich gab in der Öffentlichkeit und in größerem Kreise, wo er nicht merken ließ, welch reiches Gemütsleben in ihm steckte, wie er sich für Natur und Kunst begeistern konnte. Traf man ihn allein und bei Stimmung, so konnte er geradezu schwärmen in Erinnerungsbildern, dann fühlte man, daß er neben seinem Schönheitssinn auch ein recht empfängliches Herz hatte; es hat offenbar Zeiten und Gegenden gegeben, wo er sich in eine Art Schönheitstrunkenheit versetzt sah. So hatte es ihm in jungen Jahren Schottland angetan, später der Süden, Florenz, Pisa, Capri, Sorrent, namentlich Taormina. Bei der Kunst war es ebenso. Wie konnte er sich bis zuletzt noch begeistern für die Stanzen Raffaels und seine Loggien! Den Eindruck, den vor 50 Jahren die Peterskirche, San Paolo fuori le mure u. a. auf ihn gemacht hatten, merkte man jetzt noch in ihm. Bei solchen Schilderungen schlug übrigens auch eine religiöse Saite in ihm an. Zustatten kam dabei *Pelman* sein vorzügliches Gedächtnis. In Geschichte, Kunst, Literatur war er überall zu Hause. Namen von Kranken zu behalten wurde ihm schwerer. Auch Sachen, die ihn weniger interessierten, vergaß er leicht. So war es auffallend und sprach zugleich für seine Stellung zu Orden und Ehrenzeichen, daß er vor nicht langer Zeit mich bat, Nachforschungen anzustellen, ob es wirklich wahr sei, daß man in einer gewissen rheinischen Großstadt einer Straße seinen Namen gegeben hatte. Das war wirklich der Fall und bereits vor über 20 Jahren geschehen. Daß man ihn seinerzeit nicht um Erlaubnis gebeten haben soll, ist kaum zu glauben.

Pelman hatte nach Abgabe der Professur und Anstaltsleitung seine Tätigkeit im Medizinalkollegium der Rheinprovinz auf Bitten seines Nachfolgers noch einige Zeit beibehalten, bis ihm das Beiwohnen längerer Gerichtssitzungen zu schwer wurde; dann gab er das Amt an *Thomsen* ab, um auch diesen noch zu überleben. Den Vorsitz im Psychiatrischen Verein der Rheinprovinz hat er auf unser Drängen bis zu seinem Tode beibehalten. Er hatte den Verein 1867 mitgegründet, seit 1889, seit dem Tode von *Werner Nasse*, führte er den Vorsitz. Er verstand es prächtig, eine Versammlung zu leiten; mochten auch die Wogen der Debatte noch so hoch schlagen, die Ruhe verlor er nie, und meisterhaft verstand er es, bei den peinlichsten Situationen einen befriedigenden Ausweg zu finden. Zur allseitigen Freude konnte er auch noch der so wohlgelungenen Kriegssitzung im Juni 1916 präsidieren. Der Verein wird dem alten Vorsitzenden noch lange nachtrauern.

Pelman hatte keine Feinde. Die Schar seiner Verehrer und namentlich Verehrerinnen war groß. Wie es ihm an Orden und Ehrenzeichen



nicht gefehlt hat, so überschütteten ihn seine Freunde bis in die letzten Lebenstage mit Zeichen der Liebe. Oft wurde es ihm freilich lästig. So mußte er z. B. darüber klagen, daß eine Verehrerin ihn hoch zu Roß mit seinem Morgentrunk vom Balkon ins Zimmer trieb, daß eine andere ihm auch in fernen Hotels Blumen auf das Nachttischchen zu zaubern wußte. Daß eine andere ihn, noch in späten Jahren, zu einem trauten Stelldichein zur Mitternachtsmette in eine russische Kapelle einlud, hat ihn höchlichst amüsiert, Gebrauch hat er davon nicht gemacht. Nicht verraten habe ich ihm, daß eine weitere Freundin mir Mitteilung machte, sobald die Harnanalyse, die sie in fremden Hotels mit Hilfe des Zimmermädchens fertig brachte, ungünstig ausgefallen war.

Pelman ist unbeweibt geblieben. Er stammte aus kleinbürgerlichem Kreise und hatte zahlreiche Geschwister, die er alle überlebt hat. Er hatte das Glück, seine Mutter bis zu ihrem 98. Lebensjahre in voller geistiger Frische zu behalten. Rührend war es anzusehen, wenn der große Mann der kleinen Frau — sie war halb so lang und nicht ein viertel so schwer als er — im wohlgepflegten Garten seine Schätze zeigte; denn er war auch ein großer Gartenkünstler.

Carl Pelman ist auf dem stimmungsvollen Alten Friedhof in Bonn beigesetzt worden. Die Ruhestätte so mancher berühmter Menschen lockt alljährlich eine große Anzahl Besucher dahin — auch *Pelman*s Grab wird noch längere Zeit das Ziel vieler sein, die nicht aus Neugier, sondern aus anderen Gefühlen kommen; denn hilfreich war der jetzt hier Ruhende, edel und gut.

Pelman hat die Ruhe seines Alters dazu benutzt, die Vorlesungen, die er während seiner akademischen Tätigkeit publice gehalten hat, in erweiterter Form für ein größeres Publikum bei Friedrich Cohen in Bonn herauszugeben. Diese „Psychischen Grenzzustände" haben auch, wie zu erwarten war und wie sie verdienen, viel Anklang gefunden, so daß bereits mehrere Auflagen nötig wurden; es sind wahre Kabinettstücke darunter. Sie geben Zeugnis von dem großen Wissen des Autors auf allen möglichen Gebieten, namentlich Geschichte und Literatur. Sie geben auch Zeugnis von der eleganten Schreibweise *Pelmans*. So ist seinen akademischen Vorlesungen ein bleibender Wert gesichert.

Auch die „Erinnerungen eines alten Irrenarztes", ebenfalls bei Friedrich Cohen erschienen, werden ihren Wert behalten, namentlich für alle, die sich mit der Geschichte der Psychiatrie beschäftigen. Es hat übrigens lange gedauert, ehe *Pelman* sich zur Niederschrift entschlossen hat. Von vielen Seiten ist er dazu gedrängt worden. Schließlich hat wohl *Hans Laehr*s Wunsch in dieser Zeitschrift (Band 67, S. 491) gelegentlich seines 50jährigen Doktorjubiläums das Eis gebrochen. Wer die Erinnerungen liest, wird zugeben, daß es ein Verlust gewesen wäre, wenn *Pelman* sie mit ins Grab genommen hätte. Manche seiner Freunde bedauern übrigens, daß er nicht mehr von seinen Erlebnissen uns mit-



geteilt hat. Vermutlich hat seine rigorose Ansicht in betreff Diskretion ihn abgehalten.

Im übrigen war *Pelman* zeitlebens sehr viel literarisch tätig. Er war bis zuletzt unter den Herausgebern dieser Zeitschrift, jahrelang der Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane, damals herausgegeben von *Hermann Ebbinghaus* und *Arthur König*. Für die Real-Enzyklopädie der gesamten Heilkunde (*Albert Eulenburg*) und die Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts (*v. Leyden* und *Klemperer*) hat er verschiedene Artikel geschrieben. Die Generalregister der grünen Hefte zeugen von seiner fleißigen Mitarbeit. Unzählige Referate stammen von ihm, auch in der Tagespresse nahm er oft zu aktuellen Fragen das Wort. Eine einigermaßen vollständige Aufzählung von *Pelmans* Arbeiten würde hier zu weit führen, doch gebe ich hier noch eine kleine Zusammenstellung von einem seiner Freunde, die zwar nur eine Reihe von Jahren umfaßt und auch nicht den Anspruch macht, vollständig zu sein, die aber doch zeigt, wie sehr man sich um *Pelmans* Mitarbeit bemühte und wie vielseitig er auch literarisch tätig war.

Gutachten behufs Aufhebung einer Entmündigung. Irrenfreund (Brosius), 39. Jahrg., Nr. 5 und 6. 1897.

Über die Entwickelung der Psychiatrie. Prag. Med. Wochenschrift XXIII. 44—45. 1898.

Gutachten über den Gemützustand der Margarethe E. Irrenfreund, 39. Jahrg., Nr. 9—10. 1898.

Über die Einrichtung von Sanatorien für Nervenkranke. Zentralbl. f. allg. Gesundheitspflege, 19. Bd., S. 441. 1900.

Dasselbe: Zeitschrift für Krankenpflege, 1901, Nr. 1.

Über die Notwendigkeit der Gründung von Trinkerheilstätten. Alkoholismus, II. Bd., S. I. 1901.

Material zu § 1569 B. G. B. Psychiatr.-Neurol. Wochenschrift Nr. 411. S. 409. 1902.

Über verminderte Zurechnungsfähigkeit. 75. Jahresbericht der Rhein. Westfäl. Gefängnisgesellschaft. 1902.

Strafrecht und verminderte Zurechnungsfähigkeit. Polit.-Anthropol. Revue. April 1903.

Über Fanatismus, Geistesstörung und Verbrechen. Deutsche Revue, XXXI, S. 160. 1906.

Zäsarenwahnsinn. Deutsche Revue, XXXIII, S. 86. 1907.

Swedenborg — ein Verrückter? Psychische Studien, Heft 5. 1912.

Umpfenbach-Bonn.

Direktor Dr. *Leopold Oster*-Konstanz †. — Am 13. Januar 1917 verschied nach eben überstandener schwerer Erkrankung (einer Lungenentzündung nach Influenza) plötzlich an einem Anfalle von Herzschwäche der erste Direktor der neuen Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz, Medizinalrat Dr. *Oster* im Alter von 53 Jahren.

Mit ihm sind innerhalb wenig mehr als zwei Jahren drei badisch Anstaltsdirektoren ins Grab gesunken: *Franz Fischer* in Pforzheim *Heinrich Schüle* in Illenau und nun der jüngste von uns, *Leopold Oster* der Direktor zugleich der jüngsten der badischen Anstalten. Alle drei verstorbenen Direktoren sind hervorgegangen aus der Illenauer Psychiaterschule, als deren Lehrmeister mit den Begründern *Roller* und *Hergt* vor allem *Heinrich Schüle* selbst zu nennen ist; *Franz Fischer* und *Oster* bezeichneten sich mit Stolz als seine Schüler, und *Oster* hat über 25 Jahre unter seiner Leitung gewirkt.

Leopold Oster ist geboren am 31. Oktober 1863 in Rastatt als Sohn eines gesuchten praktischen Arztes. Während sein Vater früh starb, überlebt die Mutter, jetzt eine über 82 jährige rüstige und ehrwürdige Matrone, nun ihren jüngsten Sohn. Nach Vollendung des medizinischen Studiums in Straßburg, Heidelberg und Freiburg trat *Oster* bald nach dem Examen, am 9. Juli 1887 in Illenau als Hilfsarzt ein, wo damals der erste Nachfolger *Rollers*, Geh. Rat Dr. *Hergt*, das Zepter führte, während Geh. Hofrat Dr. *Schüle* noch zweiter Arzt war. Unter *Hergt*, diesem weisen und milden Herrscher, diesem großen psychiatrischen Praktiker und Therapeuten, der so ganz in seinem Berufe aufging, daß er weder tägliche Erholung noch Jahresurlaub kannte und zu jeder Tages- und Nachtstunde für seine Kranken erreichbar war, machte *Oster* seine ersten psychiatrischen Studien; er hätte keinen besseren Lehrer finden können als diesen Meister in der klinischen Untersuchung, Beobachtung und Behandlung. Die feinsinnige, eindringliche und doch schonende Art der Erforschung der menschlichen Seele und ihrer Irrgänge, die alle Möglichkeiten erschöpfende und durchdenkende Feststellung des Heilplans, das liebevolle Sichversenken und Mitgehen mit dem Kranken durch seinen Leidensgang und damit auch zugleich die Macht der seelischen Einwirkung war *Hergts* eigentliche Domäne. Unter seiner Hand wurde manche Untersuchungs- und Behandlungsmethode ausgebildet und geübt, lange bevor sie in der Literatur beschrieben wurde; ich nenne hier nur die Kunst der Wachsuggestion und die Methode des Abreagierens, womit die Illenauer Ärzte von jeher vertraut waren. Auch der Nachfolger *Hergts*, der dritte Direktor Illenaus, *Heinrich Schüle* hat diese Größe der *Hergt*schen menschlichen und ärztlichen Persönlichkeit stets voll auf sich wirken lassen und sie ebenso anerkannt wie die wiederum anders geartete machtvolle Natur *Rollers*, des Erbauers und Begründers von Illenau, des großen Organisators des ganzen badischen Irrenwesens.

Oster hat diesen Zusammenhang mit *Hergt*, dem er sich innerlich verwandt fühlen mochte, gern betont und hat ihm ein dankbares Andenken bewahrt wie nicht minder seinem zweiten großen klinischen Lehrmeister *Schüle*, der im Jahre 1890 nach *Hergts* Tod als genius rector unter uns trat. In solcher Schule reifte *Oster* zum tüchtigen Psychiater



und erfahrenen Abteilungsarzte heran. Eine ausgesprochene Befähigung zu diesem Berufe war ihm unverkennbar eigen. Er vereinigte in sich unbedingte ärztliche Gewissenhaftigkeit und Gründlichkeit bis ins kleinste mit einem förmlichen Drang, sich bei jedem einzelnen Kranken in alle Beziehungen und Seiten seiner Gesamtpersönlichkeit zu vertiefen, sich die ursächlichen Zusammenhänge der krankhaften Veränderung auf Grund eingehender und umfassender Erforschung aller Faktoren klar zu machen und darauf seine ärztlichen Anordnungen und die psychische Beeinflussung aufzubauen. Er hielt sich dabei frei von theoretischen oder spekulativen Deduktionen, blieb in allem auf dem Boden der Wirklichkeit und war nicht zum wenigsten darum ein stets verläßlicher Arzt, dem die Fürsorge für seine Kranken zudem als innerste Herzenssache galt. Dazu kam ein offener natürlicher Sinn für das Praktische und die Überzeugung von der Notwendigkeit der realen Grundlagen auch für alle höheren menschlichen Ziele. Ein wirklich liebevolles Ein- und Aufgehen in der Verfolgung dieser Beziehungen adelte sein Streben. Diese Eigenschaften in ihrer gesunden Vereinigung kamen *Oster* sehr zustatten nicht nur in der sorgfältigen Einzelbehandlung, sondern auch in der Gesamtführung seiner Abteilungen, die stets in peinlicher Ordnung waren — er sah alles —, wie auch in der Ausbildung und Anleitung des Personals, das ihm in gleichem Maße Belehrung und Unterstützung verdankte.

Die Illenauer Lehrzeit *Oster*s waren schöne Jahre gemeinsamen Strebens mit Gleichgesinnten, von denen ich an älteren die Namen *Franz Fischer*, *Stark*, *Seldner*, *Landerer*, *Dietz*, die alle bereits dahingeschieden sind, und von Lebenden außer mir selbst noch *Colla*, *Horstmann*, *Thoma* und *Hegar* nenne. Es waren schöne Jahre in der von einer gottbegnadeten Natur umgebenen Illenau, Jahre ernster aber freudig getaner ärztlicher Arbeit unter der begeisternden Führung *Heinrich Schüle*s. Den Kranken, ihrer klinischen Erforschung und Behandlung, der sorgfältigen Niederlegung der Beobachtungen in den Krankengeschichten, der wissenschaftlichen Besprechung und Bearbeitung des Materials in den gemeinsamen Referaten und Konferenzen galt unser ganzes Streben. Für die Kranken hatte man immer Zeit, viel Zeit. Stundenlang ließ sich der Arzt auf jeder seiner Abteilungen nieder, setzte sich ans Bett oder in den Tagsaal unter seine Kranken, am liebsten und längsten bei den Unruhigen; man belauschte jede Einzelheit, machte frisch seine Aufzeichnungen, kurz beschäftigte sich aufs eingehendste mit jedem einzelnen. Das gab dem Arzte, weil er den Kranken und sie ihm innerlich näher und näher traten, ihn als Vertrauten betrachteten, auch die Macht der Einwirkung auf Willen und Gemüt und erleichterte aufs natürlichste, weil beiden kaum bewußt, die Leitung des Pflegebefohlenen. Es führte aber auch den Arzt immer wieder zu eigenem Nachdenken über die Besonderheit des einzelnen Kranken, wobei jeder Fall ein „interessanter" blieb, und regte

ihn infolge seiner innerlichen Beteiligung zu immer neuen Heilbestrebungen an. So verstanden wir die klinische Psychiatrie in der Ausübung.

Nach getaner Arbeit kam aber auch gemütvolle Geselligkeit bei uns zu ihrem Rechte unter dem Zeichen befreienden Humors, worin gerade *Oster* ein treffsicherer, doch nie verletzender Schütze war, und echter Männerfreundschaft, die fürs Leben galt und alle Proben bestand.

Vom jüngsten Hilfsarzte rückte *Oster* im Laufe der Jahre zum selbständigen Abteilungsarzte zunächst der Pflegeabteilung, dann der Heilabteilung der Männer und schließlich der Heilabteilung der Frauen auf, wurde etatmäßiger Anstaltsarzt, Oberarzt, Medizinalrat und war als zweiter Arzt lange Jahre der Vertreter des Direktors, womit bei den besonderen Verhältnissen der Illenau eine erhöhte Geschäftslast und Verantwortlichkeit einhergeht. An vielen wichtigen Vorlagen an die Regierung war er beteiligt, wobei ihn sowohl eingehende Sachkenntnis und reiche Erfahrung wie auch eine ausgesprochene Fühlung für das jeweils Erreichbare auszeichnete. Eine andere wichtige Seite des *Oster*schen Wirkens ist seine Sachverständigentätigkeit. Es wird wenig Ärzte geben, die eine solche Fülle von großenteils sehr schwierigen gerichtlichen Gutachten bewältigt haben. Auch hierin kamen seine Vorzüge: Sachlichkeit, Gründlichkeit, allseitige Beleuchtung und Durchdringung des Stoffs, ruhiges objektives Urteil voll zur Geltung.

Literarisch ist *Oster* nicht hervorgetreten; das war ein Betätigungszweig, der ihm nicht lag. Er widmete sich lieber seinen Abteilungen. Es ist aber schade, daß so sein reiches Wissen, sein reifes Urteil und seine praktische Erfahrung sowohl in wissenschaftlicher Hinsicht wie in allen psychiatrischen Tagesfragen für weitere Kreise verloren ging. Wer sich mit ihm darüber aussprechen konnte, der ging nie ohne Gewinn von ihm.

Im Juli 1912 konnte *Oster* sein 25jähriges Dienstjubiläum als Anstaltsarzt in Illenau feiern und durfte dabei die große Anhänglichkeit seiner Kranken und der vielen unter seiner Hand Gesundgewordenen, die Wertschätzung seines Direktors und seiner Kollegen sowie aller, die ihm beruflich oder persönlich nähergetreten waren, entgegennehmen.

Bald sollte an ihn aber der Ruf zu einer höheren Aufgabe an leitender Stelle ergehen. Sofort nach der Inangriffnahme der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch hatte die Regierung auch das Projekt der zweiten neuen Heil- und Pflegeanstalt für Baden, der bei Konstanz, aufgenommen und auf dem schönen Bauplatze am Untersee gegenüber der Insel Reichenau, in einer landschaftlich ausgezeichneten Lage zur Ausführung gebracht. Es war gleichfalls eine moderne Anstalt im Pavillonsystem, bei deren Erstellung die an der Wieslocher Anstalt gemachten Erfahrungen in Bau und Einrichtung berücksichtigt werden konnten. Zum Direktor dieses großen Werks der Irrenfürsorge wurde von der Regierung im August 1912 Medizinalrat Dr. *Oster* berufen. Die Wahl hätte keinen Würdigeren treffen können. Er widmete sich seiner Anstalt denn auch mit



der ganzen ihm eigenen unermüdlichen Sorgfalt, Umsicht und Tatkraft, wie sie allerdings ein bei der Eröffnung im Anfangsstadium befindliches, stalt nicht kennt, sind hier zu überwinden. *Oster* richtete die Anstalt auf Grund seiner reichen praktischen Erfahrungen, die er durch gründliche Besichtigung einer Reihe von neuen Anstalten ergänzt hatte, vollständig ein. Gegen den Herbst 1913 waren alle Vorbereitungen so weit gediehen, daß man an die Inbetriebnahme gehen konnte. Am 11. Oktober 1913 fand eine Besichtigung der neuen Anlage durch die Spitzen der Behörden, die drei Herren Minister des Innern, der Finanzen und des Kultus und Unterrichts und andere hohe Beamte des Landes und aus dem nahen Konstanz statt, die mit einer festlichen Zusammenkunft im prächtigen Raume des Festsaals der neuen Anstalt endete, wobei des gelungenen Werkes und der hauptsächlichsten Mitarbeiter gedacht wurde. Damit war die Anstalt eröffnet. Die folgenden Jahre waren arbeitsreich und mühevoll, sollte doch die neue Anstalt mit Beschleunigung ausgebaut werden, um der Not in der Landesirrenfürsorge nach Möglichkeit zu steuern. Eine außerordentlich rege Tätigkeit auf allen Gebieten, sowohl im Anstaltsbetriebe wie auch bei der Beratung und der Fortführung des Neubaus mußte vom Anstaltsleiter entfaltet werden. Ein neuer Pavillon nach dem andern erstand; für alle mußte die innere Einrichtung, die feste und die bewegliche, beschafft werden, wobei die neuesten Erfahrungen benutzt wurden. Dazu kam die organisatorische Arbeit bei der Neuformung des ganzen Betriebs, der Einführung des Personals, der Heranbildung vieler jungen ungeübten Kräfte, der Erziehung aller zum gemeinsamen Werke in einheitlichem Geiste, wobei *Oster* die unübertreffliche Illenauer Tradition als Vorbild diente, gut gemengt mit dem, was eigene Erfahrung und Erkenntnis in langen Jahren in ihm gereift hatte. Unermüdlich und begeistert ging *Oster* in dieser ihn voll befriedigenden Arbeit auf. Dazu besorgte er vielfach Abteilungsdienst oder hielt regelmäßige und häufige Visiten ab, sowohl auf den Krankenabteilungen wie auch in den anderen Anstaltsbetrieben.

Mitten in diese wichtige Zeit des Aufbaus und der Neugestaltung griff dann als unerbittliches Hemmnis für alle Bauarbeiten, aber auch für die innere Festigung des neuen Unternehmens der Weltkrieg mit seiner gewaltsamen Umstürzung aller menschlichen Verhältnisse ein. Es war *Oster* die größte Sorge seines Lebens, daß dadurch so ziemlich alles liegen bleiben mußte, wie es war. Aber auch so bewährte er sich als der ruhige und besonnene Anstaltsleiter. Er nahm noch ein Vereinslazarett für Verwundete in seine Anstalt auf, dem er selbst größte Sorgfalt widmete; er sprang für einen zur Fahne einberufenen Kollegen selbst vielfach als Abteilungsarzt ein. Er schuf, ungeachtet der großen Schwierigkeiten, die Kriegswirtschaft seiner Anstalt in geradezu vorbildlicher Weise um, wobei er die soziale Fürsorge für seine Beamtenschaft nicht vergaß.



von Jahr zu Jahr im Ausbau anwachsendes Unternehmen auch durchaus erforderte. Viele Schwierigkeiten, die der Betrieb einer fertigen An-

Möglicherweise hatte *Oster* dabei seiner Kraft zuviel zugemutet; wenigstens datiert aus dieser Zeit ein Rückgang seiner Konstitution, zumal er sich nie geschont, keinen Urlaub sich gegönnt, sondern sich mit eiserner Energie immer voll eingesetzt hatte.

Er war eben ein Mann der Pflicht, die, wie es sein soll, als ein innerer Drang, der die höchsten Anforderungen an sich selber stellt, sein ganzes Wirken leitete. So hat er als ein tüchtiger Mensch, als vorbildlicher Arzt, als ein allem und jedem gerechter Vorgesetzter, als pflichttreuer Beamter und Staatsbürger, als ein aufrechter, ganzer deutscher Mann, ein untadeliger Charakter von unbedingter Wahrhaftigkeit und Zuverlässigkeit seine Erdenaufgabe aufgefaßt und sein Leben restlos damit erfüllt, bis zum Tode seinem geliebten und schönen Amte als Arzt und Menschenfreund getreu. *Max Fischer*-Wiesloch.

Personalnachrichten.

Dr. *Alfons Schaefer*, Dir. des Genesungshauses zu Roda, wurde zum Geh. Medizinalrat,

Dr. *August Homburger*, Priv.-Doz. in Heidelberg, zum ao. Professor,

Dr. *Otfried Förster*, Priv.-Doz. in Breslau, zum ord. Honorarprofessor ernannt.

Dr. *Hans Willige*, Priv.-Doz. in Halle, wurde der Titel Professor verliehen.

Freiherr Dr. *Karl von Blomberg*, San.-Rat, Dir. d. Prov.-Anstalt Kosten, ist zum Ehrenritter des Johanniterordens ernannt worden.

Dr. *Karl Blümcke*, z. Z. in englischer Gefangenschaft, und

Dr. *Karl Volland*, beide Oberärzte in Bethel b. Bielefeld, haben das Eiserne Kreuz 1. Kl.,

Dr. *Hubert Schnitzer*, leit. Arzt d. Kückenmühler Anstalten in Stettin, und

Dr. *Emil Schröder*, Arzt in Weißenau, das Eiserne Kreuz 2. Kl., Dr. *Schröder* außerdem das Ritterkreuz 1. Kl. des Württ. Friedrichsordens mit Schwertern,

Dr. *Alfons Schaefer* in Roda das Fürstlich Reußische Ehrenkreuz 3. Kl. mit Krone, und

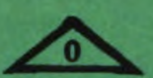
Dr. *Erwin Friedel*, Oberarzt des Genesungshauses in Roda, die Herzog Ernst-Medaille erhalten.

Druckfehler.

Im Bericht über die Münchener Versammlung ist S. 171 dieses Bandes statt *Goldstein*-Frankfurt a. M. zu setzen: *Goldstein*-Halle a. S.

Ferner soll es in den Kleineren Mitteilungen des 5. Heftes S. 488, Z. 20 heißen: „daß das gewählte Mittel zunächst eine (statt: keine) Erkrankung zur Folge haben werde“.





ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

I. LITERATURHEFT ZU BAND LXXIII

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1915

REDIGIERT

VON

OTTO SNELL

DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

HEFT I

AUSGEGEBEN AM 12. JULI 1917



BERLIN

W. 10. GENTHINERSTRASSE 38

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1917.

Preis des Bandes von 8 Heften (6 Hefte Originalien und 2 Hefte Literaturbericht) 32 Mark.



Heilanstalt Pützchen gegenüber **Bonn** am **Rhein**

Privat-Heil- u. Pflegeanstalt für Nerven- u. Gemütskranke der gebildeten Stände. 3 Ärzte.

Telefon № 229 Amt Bonn ... **Dr. A. Peipers,** leitender Arzt und Besitzer

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

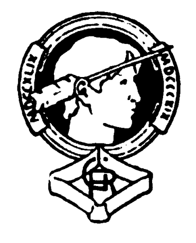
BONHOEFFER UND **KREUSER**
BERLIN WINNENTAL

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

DREIUNDSIEBZIGSTER BAND

I. LITERATURHEFT



BERLIN
W. 10. GENTHINERSTRASSE 38
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1917



BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1915

REDIGIERT

VON

OTTO SNELL

DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

I.

I. LITERATURHEFT

ZUM 73. BANDE

DER ALLGEMEINEN ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE



BERLIN

W. 10. GENTHINERSTRASSE 38

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1917



1. Neurosen und Schilddrüsen-Erkrankungen.

Ref.: E. Schütte-Lüneburg.

1. *Albrecht*, *H.*, Zur Ätiologie der Chorea gravidarum. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 76, H. 3.
2. *Alter*, *W.* (Lindenhaus), Epilepsie und Kochsalz. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 1 u. 2.
3. *Aschaffenburg*, *G.*, Die Wandlungen des Neurastheniebegriffs. Festschr. zur Feier des 10jähr. Bestehens der Kölner Akademie. Bonn. 44 S.
4. *Bär, Artur*, Beiträge zur Ätiologie und Symptomatologie der Chorea minor. Inaug.-Diss. Kiel.
5. *Balp*, *S.* (Bergamo), Considerazioni sull' endemia tiroidea. Rivista speriment. di freniatria Vol. 41, p. 201—206.
6. *Barakov* (Sophia), Beitrag zur Therapie der Epilepsie. (Vortr. a. d. Kongreß bulgar. Ärzte zu Sophia 1914.) Liječ. Viječn. Vol. 36, S. 509. (S. 24*.)
7. *Berger*, *H.* Trauma und Psychose mit besonderer Berücksichtigung der Unfallbegutachtung. Berlin, Jul. Springer. 208 S. 6,80 M. (S. 20*.)
8. *Bielschowky*, *Max* (Berlin), Epilepsie u. Gliomatose. Journ. f. Psych. u. Neurol. Bd. 21, Erg.-H. 2.
9. *Bikeles* und *Zbyszewski* (Lemberg), Experimentelle Rindenepilepsie und Schlafmittel. Pflügers Arch. Bd. 158, H. 3—5.
10. *Binswanger*, *O.* (Jena), Hystero-somatische Krankheitserscheinungen bei der Kriegshysterie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, H. 1—2, S. 1. (S. 26*.)
11. *Birnbaum*, *K.* (Berlin-Buch), Kriegsneurosen und Psychosen auf Grund der gegenwärtigen Kriegsbeobachtungen. Sammelbericht. Erste Zusammenstellung vom Kriegsbeginn bis Mitte März 1915. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref.



u. Erg.-Bd. 11, H. 5, S. 321. Zweite Zusammenstellung von Mitte März bis Mitte August. Dieselbe Ztschr. Bd. 12, H. 1. S. 1.

12. *Bittorf*, *A.* (Leipzig), Zur Behandlung der nach Granatexplosion auftretenden Neurosen. Münch. med. Wschr. Nr. 30. S. 1029. (S. 28*.)

13. *Bleuler*, *E.* (Zürich), Referat über: *Vogt*, *H.*, Epilepsie, in Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie, Spez.-T. Abt. I. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. u. Erg.-Bd. 11, H. 4. S. 303.

14. *Bolten*, *C. G.* (Haag), Die Erklärung der Erscheinungen der Epilepsie. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 53, H. 1—2.

15. *Bolten*, *C. G.* (Haag), Researches on the pathogenesis of genuine epilepsy. Epilepsia Vol. 5, Nr. 5.

16. *Bolten*, *C. G.* (Haag), Das Westphalsche Symptom ein Stigma degenerationis bei der Hysterie. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. Vol. 59 (I), p. 1793.

17. *Bonhoeffer*, *K.* (Berlin), Erfahrungen über Epilepsie und Verwandtes im Feldzuge. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38. H. 1—2, S. 61. (S. 23*.)

18. *Bonhoeffer*, *K.* (Berlin), Die Differentialdiagnose der Hysterie und psychopathischen Konstitution gegenüber der Hebephrenie im Felde. Med. Klin. Nr. 32, S. 877. (S. 27*.)

19. *Brinkhaus*, *Carl*, Zur Symptomatologie der Hysterie, anschließend an einen Fall von hysterischem Schluckkrampf. Inaug.-Diss. Kiel.

20. *Browning, William* (New York), The etiology of stammering and methods for its treatment. „Neurograph" Vol. 1, Nr. 4 (Thymus-stammer number). Brooklin-New York, Alb. T. Huntington. Leipzig, Th. Stauffer, 335 p. (S. 22*.)

21. *Brünger*, *H.* (Blankenhain), Über Operationstod bei Thyreoiditis chronica. (Gleichzeitig ein Beitrag zu den Beziehungen zwischen Basedowerkrankungen und Thyreoiditis.) Mitt. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chirurg. Bd. 28, H. 2.

22. *Bruhn*, *Wolfgang*, Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Chorea Huntington. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 25*.)



23. *Bruns, L.* (Hannover), Kriegsneurologische Beobachtungen und Betrachtungen. Neurolog. Zentralbl. Nr. 1, S. 12. (S. 17*.)

24. *Bryant, John* (Boston), The use of calcium in the treatment of epilepsy. Boston med. and surg. journ. Vol. 173, p. 547.

25. *Bull, P.*, und *Harbitz, Francis* (Christiania), Ein Fall von Osteomalazie (mit einer Geschwulst der Glandula parathyreoidea). Norsk Magaz. for Lägevidensk.

26. *Bunnemann, G.* (Ballenstedt), Zur traumatischen Neurose im Kriege. Neurol. Zentralbl. Nr. 23, S. 888. (S. 17*.)

27. *Cardauns, Franz*, Über die Behandlung der traumatischen Epilepsie mit besonderer Berücksichtigung chirurgischer Eingriffe. Inaug.-Diss. Bonn.

28. *Caro*, Bedeutung und Verbreitung der Thyreose im Heere. D. med. Wschr. Nr. 34.

29. *Christoffel, H.*, Ein seltener Fall von Kommotionsneurose. Korresp.-Bl. f. Schweizer Ärzte. Jahrg. 45, S. 493.

30. *Clark, Pierce*, Some psychologic studies on the nature and pathogenesis of epilepsy. (Rep. New York Soc. 1. XII. 14.) Journ. of nerv. and mental dis. Vol. 42, p. 243.

31. *Collins, Joseph*, und *Marks, K.*, Hormone therapy in so-called nervons diseases (Rep. 41th annual meeting of the American Neurology Ass.) American Journ. of mental dis. Vol. 42, Nr. 10, p. 686.

32. *Cuneo, G.* (Genua), Ricerche biochimiche sulla funzione ureopojetica e sulle alterazioni della composizione del sangue nell' epilessia. Riv. speriment. di freniatria Vol. 40, fasc. 4 (S. 24*.)

33. *Curschmann, H.* (Mainz), Über einige seltene Formen der Migräne. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 54, H. 2 u. 3.

34. *Davidian, Hagop* (Washington), Athetosis. (Review of the literature with clinical report of a case.) Alienist and neurolog. Vol. 36, Nr. 3, p. 269.

35. *Donath, J.* (Budapest), Beiträge zu den Kriegsverletzungen und Erkrankungen des Nervensystems. Wiener klin. Wschr. Nr. 28.

35a. *Donath, J.*, Behandlung der Trigeminusneuralgien mit Alko-



holinjektionen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. XXIX H. 1, S. 1. (S. 21*.)

36. *Dost. M.* (Sonnenstein), Beitrag zur pathologischen Anatomie der *Huntington*schen Chorea. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 29, H. 3 u. 4, S. 272. (S. 25*.)

37. *Dürrbeck*, *Paul*, Ein Fall von Akromegalie. Inaug.-Diss. München.

38. *Edsall*, *D. L.*, and *Means*, *J. H.*, Observations of a case of family periodic paralysis. American Journ. of med. sciences. No. of Aug.

39. *Engelen*, *P.* (Düsseldorf), Beurteilung der Persuasion. (Unter Bezugnahme auf die Kriegsneurosen und Unfallneurosen.) Ärztl. Sachverständ.-Ztg. Nr. 14 u. 15. (S. 28*.)

40. *Engelen*, *P.* (Düsseldorf), Untersuchungsschema für Unfallneurosen. Arztl. Sachverständ.-Ztg. Nr. 18.

41. *Engelhard*, *C. Fr.* (Utrecht), Eine Familie mit hereditärem Nystagmus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 28, H. 4—5, S. 319. (S. 26*.)

42. *Engelhorn*, *Ernst* (Jena), Zur Behandlung der Ausfallserscheinungen. Münch. med. Wschr. Nr. 45, S. 1527. (S. 21*.)

43. *Falta*, *W.* (Wien), Fall von Akromegalie mit Hypertrichose. (Ges. f. innere Med. u. Kinderheilk. Wien, Sitzg. v. 11. II. 15. — Mitteilg. der Gesellsch. Bd. 14, S. 19.) Ref. Bauer: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref.- u. Erg.-Bd. 11, H. 7, S. 591.

44. *Frey*, *Rudolph*, Beitrag zur Kenntnis der traumatischen Epilepsie infolge einer Kephalohydrocele spuria traumatica. Inaug.-Diss. München.

45. *Friedmann, M.* (Mannheim), Zur Auffassung der gehäuften kleinen Anfälle. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, H. 1/2, S. 76. (S. 22*.)

46. *Fritze*, *Erich*, Beitrag zur Symptomatologie der Chorea chronica progressiva (*Huntington*sche Chorea). Inaug.-Diss. Kiel. (S. 25*.)

47. *Fröschels, E.* (Wien), Über die Beziehungen der Sprachheilkunde zur übrigen Medizin. Wiener med. Wschr. Nr. 47. (S. 21*.)



48. *Fröschels*, *E.* (Wien), Stottern und Nystagmus. Mtschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinologie Nr. 2 u. 3. (S. 21*.)

49. *Fröschels*, *E.* (Wien), Eine sprachärztliche Kriegsabteilung. Med. Klin. Nr. 50, S. 1377. (S. 22*.)

50. *Fürth*, *C.* (Wien), Ein Beitrag zur Klinik und Therapie der Akromegalie. Med. Klin. Nr. 49, S. 1347. (S. 31*.)

51. *Gäbel*, *Max*, Zur Pathogenität der Flagellanten. Inaug.-Diss. Tübingen.

52. *Gaupp*, *R.* (Tübingen), Hysterie und Kriegsdienst. Münch. med. Wschr. Nr. 11, S. 361 (S. 27*.)

53. *Gaupp*, *R.* (Tübingen). Ungewöhnliche Form der Hysterie bei Soldaten. (Med.-naturwissenschaftl. V. Tübingen, Sitzg. v. 23. VI. 15.) Ref.: Münch. med. Wschr. Nr. 33, S. 1119, r.

54. *Godefroy*, *J. C. L.*, Beitrag zur differentiellen Diagnostik zwischen Epilepsie und Hysterie. Psych. u. neurolog. Bladen. Vol. 19, p. 285.

55. *Godefroy*, *J. C. L.*, Untersuchungen über die Aufmerksamkeitsbestimmung bei Gesunden und Geisteskranken. (Beitrag zur experimentell-psychologischen differentiellen Diagnostik zwischen Epilepsie und Hysterie.) Inaug.-Diss. Groningen. Ref.: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref.- u. Erg.-Bd. 11, H. 9, S. 710.

56. *Götz*, *Berndt*, Ein Fall von Adipositas dolorosa (*Dercum*sche Krankheit). Inaug.-Diss. Berlin.

57. *Gordon*, *Alfred* (Philadelphia, Pa.), Epileptic dementia. American Journ. of insanity. Vol. 71, Nr. 3, p. 489.

58. *Graul*, *G.* (Neuenahr), Über Neurasthenia cordis. D. med. Wschr. Nr. 22, S. 645.

59. *v. Haberer*, *H.*, Kasuistisches zur Frage therapeutischer Mißerfolge bei Morbus *Basedowii.* Wiener Klin. Wschr. Nr. 1 u. 2.

60. *Hart*, *C.* (Berlin), Über die *Basedow*sche Krankheit. Med. Klin. Nr. 14, S. 388.

61. *Hart*, *C.* (Berlin), Thymusstudien. V. Thymusbefunde bei Myasthenia gravis pseudoparalytica. Virchows Archiv. Bd. 220, H. 2.



62. *Hebold*, *Otto* (Berlin), Der Tod infolge epileptischen Anfalls. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 3, S. 959. (S. 23*.)

63. *Heinrichs*, *Carl Ludwig*, Chorea minor und Psychose. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 25*.)

64. *v. Hippel, E.* (Halle a. S.), Ungewöhnliche Hornhauterkrankungen bei Chorea minor untersucht mit der A. R. Graefes Arch. Bd. 90.

65. *Hoche, A.* (Freiburg i. B.), Über Hysterie. (Vortr. Wandervers. Südwestd. Neurologen u. Irrenärzte, Baden-Baden 20/30. V. 15.) Ref.: Neurolog. Zentralbl. Nr. 23, S. 919. (S. 27*.)

66. *Hoppe-Seyler, G.* (Kiel), Über die Beziehung des Diabetes insipidus zur Hypophyse und seine Behandlung mit Hypophysenextrakt. Münch. med. Wschr. Nr. 48, S. 1633. (S. 30*.)

67. *Horn, P.* (Bonn), Über Schreckneurosen in klinischer und unfallrechtlicher Beziehung. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 53, H. 5, S. 333. (S. 19*.)

68. *Horn, P.* (Bonn), Zur Heilbarkeit der Schreckneurosen nach Abfindung. Ztschr. f. Bahn- u. Bahnkassenärzte Nr. 9. (S. 19*.)

69. *Horn*, *P.* (Bonn), Über die Prognose der Unfallneurosen. Fortschritte der Med. Jahrg. 33. (S. 18*.)

70. *Horn*, *Paul* (Bonn), Zur Begutachtung nervöser Unfallfolgen. Münch. med. Wschr. Nr. 51, S. 1745. (S. 19*.)

71. *Horn, P.* (Bonn), Zur Nutzbarmachung erhaltener und wiedergewonnener Arbeitskraft bei Unfallneurosen. Ärztl. Sachverständ.-Ztg. Nr. 22, 23 u. 24. (S. 18*.)

72. *Jackson, J. Allen* (Philadelphia), A report of the clinical and pathological findings in a case of hystero-epilepsia and hystero-epileptoid. Alienist and neurolog. Vol. 36, Nr. 3, p. 231.

73. *Jellineck* (Wien), Militärärztliche Konstatierung der Epilepsie. Wiener Klin. Wschr. Nr. 38.

74. *Jentsch, Ernst*, Die Schreckneurose Claude Lorrains. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 39/40, S. 227.



5. *Juliusburger, O.* (Berlin), Zur Kenntnis der Kriegsneurosen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, H. 5, S. 305. (S. 18*.)

6. *Kahane, M.* (Wien). Über Hyperthyreoidismus vom Standpunkt der Kriegsmedizin. Wiener Klin. Wschr. Nr. 6.

77. *Karehnke*, *Bruno,* Die Therapie der *Basedow*schen Krankheit in der Kgl. med. Klinik in Kiel. Inaug.-Diss. Kiel.

78. *Kellner* (Hamburg-Alsterdorf), Der Wert der *Flechsig*schen Opium-Brombehandlung bei der Epilepsie. Münch. med. Wschr. Nr. 17, S. 578. (S. 24*.)

79. *Kemp, H. W.*, The relation of pituary disturbances to paranoidal trends. Journ. of the American med. ass. Vol. 64, Nr. 8.

80. *Kienboeck, Rob.* (Wien), Reizwirkung bei Röntgenbehandlung von Struma und *Basedow*scher Krankheit. Fortschr. d. Röntgenstrahl. Bd. 22, H. 6.

81. *Klose*, *H.*, Über Thymusoperationen und deren Folgen für den Organismus. Therap. Mtshefte Bd. 29, S. 6.

82. *Koplik*, *Henry* (New York), The etiological relationship of syphilis to chorea of *Sydenham.* Arch. of ped. Vol. 23, p. 561.

83. v. *Korczynski*, *L. R.* (Serajewo), Beitrag zur Klinik infantiler Hypothyreose. Med. Klin. Nr. 31 u. 32, S. 856 u. 888. (S. 30*.)

84. *Kramer, F.* (Berlin), Paralysis agitans-ähnliche Erkrankungen. (Kasuistische Mitteil. a. d. Kgl. Psychiatr. u. Nervenklinik der Charité, IV.) Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, H. 3, S. 179.

85. *Kraus*, *W. M.*, Cerebral adipositas with hypertrichosis, a new syndrôme. American Journ. of med. science. Vol. 518, p. 737.

86. *Kühl*, *Christian*, Über Chorea minor mit Psychose. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 25*.)

87. *Laehr*, *Hans* (Schweizerhof), Ein Fall von Unfallneurose. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 72, H. 2, S. 134.

88. *Langelaan*, *J. W.*, Ein Patient mit vermutlicher Vergrößerung der Glandula pinealis. Psych. u. neurolog. Bladen Vol. 19, p. 292.



89. *Lepage*, *G.*, De la mort chez les choréïques pendant la grossesse. Annales de Gynécol. et d'Obstétr. Vol. 40.

90. *Leva*, *J.* (Straßburg i. E.), Über familiäre Akromegalie. Med. Klin. Nr. 46, S. 1266. (S. 31*.)

91. *Lewandowsky*, *M.* (Berlin), Erfahrungen über die Behandlung nervenverletzter und nervenkranker Soldaten, D. med. Wschr. Nr. 52, S. 1565.

92. *Löwenstein, Kurt* (Berlin), Vaccineurinbehandlung der Neuritis. Therapie der Gegenw. H. 9, Sonderdr. S. 1—11. (S. 17*.)

93. *Löwy*, *Julius* (Prag), Noktambulismus. Zentralbl. f. innere Med. Nr. 20.

94. *Makuen*, *G. H.* (Philadelphia), Psychology of stammering. New York med. Journ. Nr. of July 17th.

95. *Marburg*, *O.* (Wien), Pathogenese der Paralysis agitans. (Verein f. Psych. u. Neurol., Sitzg. v. 15. XII. 1914.) Ref.: Wiener med. Wschr. Jahrg. 65, S. 672.

96. *Marcus, Henry* (Stockholm), Epilepsie mit Geruchsaura. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 30, H. 2/3, S. 118.

97. *Marx, B.* (Berlin), Ein Simulationsfall von Gesichtsulkus bei einer Hysterischen. Dermatol. Wschr. Bd. 61, S. 883.

98. *Merhaut*, *K.*, Die Resultate operativer Bebandlung *Basedow*scher Krankheit. Věstniko sjez. česk. lék. ann. 1915, S. 530.

99. *Meyer*, *Carl* (Kiel), Epilepsie und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Kiel. u. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 2, S. 597. (S. 23*.)

100. *Meyer*, *E.* (Königsberg), Bemerkungen zu der Differentialdiagnose der psychogenen Reaktionen mit besonderer Berücksichtigung der im Kriege beobachteten psychischen Störungen. Arch. f. Psych. Bd. 56, H. 1, S. 244.

101. *Meyer*, *E.* (Königsberg), a) Pseudologia phantastica bei einem Psychopathen mit psychogenen Anfällen. b) Psychogene Gangstörung. c) Psychogene Lähmung des Beins. d) Psychogener Krampf. (Verein f. wissenschaftl. Heilkunde, Königsberg, Sitzg. v. 22. II. 15.) Ref.: D. med. Wschr. Nr. 28, S. 842.

102. *Meyer*, *E.*, (Königsberg), Funktionelle Nervenstörungen bei



Kriegsteilnehmern, nebst Bemerkungen zur traumatischen Neurose. D. med. Wschr. Nr. 51, S. 1509.

103. *Meyer, Hugo*, Ein Fall von Akromegalie mit Hypophysenzyste. Inaug.-Diss. Greifswald u. Mtschr. f. Psych. u. Neurol Bd. 37, Nr. 4, S. 228.

104. *Michels, Gustav*, Zur Lehre von der Chorea hysterica. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 25*.)

105. *Mingazzini, G.* (Rom), Über einen parkinsonähnlichen Symptomenkomplex. Klinische und pathologisch-anatomische Studie. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 2, S. 532.

106. *Möckel, Wilhelm*, Epilepsie und Dauerresultat. Inaug.-Diss. Heidelberg.

107. *Mohr, Fr.*, (Koblenz), Zur Entstehung, Vorhersage und Behandlung nervöser und depressiver Zustandsbilder bei Kriegsteilnehmern. Med. Klin. Nr. 22, S. 607.

108. *Neißer, E.*, Über Migräno-Epilepsie. (Wissenschaftl. Vereinigung d. Ärzte Stettins, Sitzg. v. 8. XII. 14.) Ref.: Berl. Klin. Wschr. Nr. 15, S. 389.

109. *Neuber, Karl Ernst*, Über Neurosen nach elektrischen Unfällen. Inaug.-Diss. 1914 Kiel u. Arch. f. Psych. Bd. 54, H. 3, S. 949.

110. *Neutra, Wilh.* (Baden b. Wien), Zwei Fälle von hysterischer Astasie-Abasie. (K. K. Ges. d. Ärzte, Wien, Sitzg. v. 12. III. 15.) Ref.: Psychol.-neurol. Wschr. Nr. 3 u. 4, S. 20.

111. *Nonne, M.* (Hamburg), Vortrag über „grande hystérie“ bei Kriegsteilnehmern. (Ärztl. V. Hamburg, Sitzg. v. 23. II. 15.) Eigenbericht: Neurolog. Zentralbl. Nr. 11, S. 408. (S. 26*.)

112. *Nonne, M.* (Hamburg), Zur therapeutischen Verwertung der Hypnose bei Fällen von Kriegshysterie. (Ärztl. V. Hamburg. Sitzg. v. 2. Nov. 15.) Eigenbericht: Münchener med. Wschr. Nr. 46, S. 1578. Original-Veröffentl.: Med. Klin. Nr. 51 u. 52, S. 1391 u. 1418. (S. 28*.)

113. *Nonne, M.* (Hamburg), Traumatische Neurose als Folgeerscheinung von Kriegsbeschädigten. (Vers. Südwestd. Psychiater u. Neurolog., Baden-Baden, Sitzg. v. 29. 5. 15.) Eigenbericht: Psych.-neurolog. Wschr. Nr. 33 u. 34, S. 191.

114. *Nonne, M.* (Hamburg), Soll man wieder „traumatische Neu-

rose“ bei Kriegsverletzten diagnostizieren? Med. Klin. Nr. 31, S. 849. (Vergl. *Oppenheim*, dieselbe Zeitschr. Nr. 33. Schlußbemerkung *Nonne*: Nr. 34, S. 948.) (S. 16*.)

115. *Nonne*, *M.* (Hamburg), Über Polyneuritis gemischter Nerven bei neurasthenischen Kriegsteilnehmern. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 53, S. 464.

116. *Obersteiner*, *H.* (Wien), Die Bedeutung des endogenen Faktors für die Pathogenese der Nervenkrankheiten. Neurol. Zentralbl. Nr. 7 u. 8, S. 212. (S. 22*.)

117. *Oppenheim, Herm.* (Berlin), Der Krieg und die traumatischen Neurosen. Neurolog. Zentralbl. Nr. 14 u. 21, S. 514 u. 810; u. Berl. Klin. Wschr. Nr. 11, S. 257.

118. *Oppenheim*, *H.* (Berlin), Zur traumatischen Neurose im Kriege. Neurolog. Zentralbl. Nr. 14. (S. 15*.)

119. *Oppenheim*, *H.* (Berlin), Die Neurosen nach Kriegsverletzungen. Neurolog. Zentralbl. Nr. 21. (S. 16*.)

120. *Oppenheim*, *H.* (Berlin), Ergebnisse der kriegsneurologischen Forschung. Berl. Klin. Wschr. Nr. 45, S. 1154. (S. 16*.)

121. *Oppenheim*, *Herm.* (Berlin), Über falsche Innervation (Innervationsentgleisung). Neurolog. Zentralbl. Nr. 21, S. 802. (S. 17*.)

122. *Oppenheim, Herm.* (Berlin), Über Myotonoclonia trepidans. Med. Klin. Nr. 47, S. 1279. (S. 17*.)

123. *Ortner*, *N.* (Wien), Über Morbus Basedowii. Wiener med. Klin. Nr. 1. (S. 30*.)

124. *Osborne, A. T.*, The Raynaud disease. American journ. of med. sciences. Vol. 150, Nr. 2.

125. *Oswald, Adolf* (Zürich), Über die Rolle des Nervensystems in der Genese der Stoffwechsel- u. Konstitutionskrankheiten. Neurolog. Zentralbl. Nr. 13, S. 452. (S. 29*.)

126. *Oswald*, *Ad.* (Zürich), Zur Theorie der Schilddrüsenfunktion und der thyreogenen Erkrankungen. Berl. Klin. Wschr. Nr. 17, S. 430. (S. 29*.)

127. *Oswald, Ad.* (Zürich), Zur Theorie des Basedow. München. med. Wschr. Nr. 27, S. 907. (S. 29*.)

128. *Pal, J.* (Wien), Über die Wirkung des Hypophysenextraktes



bei Thyreosen (Morbus Basedowii und Hyperthyreoidismus). D. med. Wschr. Nr. 52, S. 1537.

29. *Parhon*, *C.* (Jassy), Über das Vorkommen von verworrener Manie bei einer Kranken mit Schilddrüsenhypertrophie. Schnell erzielte Heilung durch Thyreoidektomie. Wiener med. Wschr. Nr. 1.

30. *Peters, J. Th.*, Ein Fall von Hypopinealismus. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. Vol. 59 (II), p. 1189.

131. *Pfeiffer*, *J. A. T.* (Washington), A case of chronic progressive chorea with anatomical study. American journ. of insanity. Vol. 71, Nr. 3, p. 581.

132. *Prager, Lotte A.*, Beitrag zur Kasuistik der hysterischen Schlafzustände. Inaug.-Diss. Leipzig.

133. *Raecke, Jul.* (Frankfurt a. M.), Hysterische und katatone Situationspsychosen. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 3, S. 771. (S. 27*.)

134. *Rasch*, *C.* (Kopenhagen), Ein Fall von sogenannter hysterischer Dermatose. Arch. f. Dermatol. u. Syph. Bd. 121, H. 1.

135. *Rautmann*, *Herm.* (Chemnitz), Pathologisch-anatomische Untersuchungen über die *Basedow*sche Krankheit. Mitteilg. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chirurgie. Bd. 28, H. 3.

136. *Reber*, *Wendell,* Medical treatment of pituitary disease. New York med. journ. Vol. 101, Nr. 9.

137. *Redlich*, *E.* (Wien), Zur Narkolepsiefrage. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 37, H. 2, S. 85. (S. 23*.)

138. *Rhein, J. H. W.* (Philadelphia), Symptoms of disease of the pituitary body. New York med. journ. 6. März 1915. (S. 31*.)

139. *Rhein*, *J. H. W.* (Philadelphia), Arthritic neuritis. Pennsylvania med. journ., April. (S. 20*.)

140. *Ribbert*, *H.* Die *Basedow*struma. Virchows Arch. Bd. 209, S. 246.

141. *Riebeth*, *Th.* (Görden), Über Neurasthenie bei Kriegsteilnehmern. Psychol.-neurolog. Wschr. Nr. 13 u. 14, S. 71. (S. 18*.)

142. *Riese*, *Walter* (Königsberg), Zwei Fälle von hysterischem Ödem. Arch. f. Psych. Bd. 56, H. 1, S. 228.



143. *Rössle, R.* (Jena), Das Verhalten der menschlichen Hypophyse nach der Kastration. Virchows Archiv Bd. 216, H. 1—3.

144. *Rohde, Max* (Mühlhausen i. E.), Neurologische Betrachtungen eines Truppenarztes im Felde. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 29, H. 5, S. 379.

145. *Rohrer, F.* (Tübingen), Anaphylaktische Erscheinungen im Symptomenbilde der Hemikranie. Ein Fall von Hemicrania ophthalmica. Med. Klin. Nr. 31, S. 862. (S. 21*.)

146. *Rumpf, Th.* (Bonn), Über funktionelle Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen. Klin. therap. Wschr. Jahrg. 21, Nr. 27. (S. 19*.)

147. *Schabelitz, Harry* (Zürich), Experimente und Selbstbeobachtung im Bromismus. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 28, H. 1, S. 1.

148. *Schäfer, E.* (Edinburgh), An introduction to the study of endocrine glands and internal secretions. Stanford University, Cal. 1914. 94 pag.

149. *Scheltema, G.* Über Asthenie bei Kindern. Ned. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Vol. 4, S. 222.

150. *Schilling, F.* (Leipzig), Hysterische Selbstverletzungen. Ärztl. Sachverständ.-Ztg. Nr. 16, S. 183. (T. 29*)

151. *Schinzinger, Fridolin* (Luisenheim, Baden), Basedow und Tuberkulose. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. Bd. 33, H. 1.

152. *Schlesinger, H.* (Wien), Temperatursteigerungen vor epileptischen Anfällen. (Ges. f. innere Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. v. 4. XI. 15.) Ref.: Wiener klin. Wschr. Jahrg. 28, S. 1332.

153. *Scholz, Walter* (Baden-Baden), Funktionelle Sprachlähmung im Felde. Med. Klin. Nr. 52, S. 1423.

154. *Schoondermark, Anna,* Luminalbehandlung der Epilepsie. Tijdschr. v. Geneesk. Vol. 59 (II), S. 2482.

155. *Schüller, Josef,* Ein Hypophysisadenom mit Dystrophia adiposo-genitalis. Inaug.-Diss. Bonn.

156. *Schultze, Ernst* (Göttingen), Epilepsie und Hysterie. Lehrbuch der Psychiatrie, herausgeg. von *Binswanger* u. *Siemerling.* 4. Aufl. Jena, G. Fischer. 297 S.



157. *Shanaham, T. William,* Hygiene of the epileptic school child. Epilepsia Vol. 5, Nr. 6.

158. *Sidis, B.* (Portsmouth, N. Y.), The psychopathology of the neurosis. New York med. journ. Nr. 16.

159. *Sokolowski, E.* † (Freiburg), Die Willenstätigkeit bei Hysterischen und die funktionellen Phänomene. (Herausgegeben von Frau *A. Sokolowski.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 29, H. 3 u. 4, S. 252.

160. *Spielmeyer, W.* (München), Zur Behandlung „traumatischer Epilepsie" nach Hirnverletzung. München. med. Woschr. Nr. 10, S. 342. (S. 25*.)

161. *Spielmeyer, W.* (München), Zur Klinik und Anatomie der Nervenschußverletzungen. Berlin. Jul. Springer. 68 S.

162. *Staemmler, M.,* Über Struma congenita und ihre Beziehungen zu Störungen der inneren Sekretion. Virchows Archiv Bd. 209, S. 226.

163. *Starck, Hugo* (Karlsruhe), Indikationen zur Operation des Morbus Basedowii und Operationsfolgen. D. med. Wschr. Nr. 28, S. 822.

164. *Stiefler, Georg* (Linz a. Donau), Über einen seltenen Fall von Myotonia congenita mit myatrophischen und myasthenischen Erscheinungen. Jahrbücher f. Psych. u. Neurol. Bd. 35. (S. 30*.)

165. *Stuchlik, Jarosl.* (Rot-Kostelec), Beiträge zum Studium der Epilepsie. Haskovcava revue Vol. 12, p. 321. (Böhmisch.)

166. *Sudeck, P.* (Hamburg), Morbus Basedowii. Bruns Beiträge Bd. 92.

167. *Swift, Walter B.* (Boston, Mass.), The voice sign in chorea: technic of elicitation. American journ. of diseases of children. Febr. 1915. Vol. 9, p. 132. (S. 25*.)

168. *Thorn, D. A.* (Palmer, Mass.), The relation between the genetic factors and the age of onset in on hundred and fifty seven cases of hereditary epilepsy. Boston med. and surg. journ. Vol. 173, p. 469.

169. *Troell* (New York), Experimenteller Exophthalmus. Hygiea Vol. 77, Nr. 17.



170. *Tsiminakis, C.* (Athen), Die Karotidenkompression bei Epilepsie und Hysterie. Wiener klin. Wschr. Nr. 44.

171. *van Valkenburg, C. T.*, Zur Frage nach der Stellung der sogenannten genuinen Epilepsie. Psych. en neurolog. Bladen Vol. 19, p. 348.

172. *Vogt, Adolf*, Über hysterische Psychosen und ihre forensische Bedeutung. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 29*.)

173. *Vogt, H.*, Epilepsie. Spezieller Teil. Abt. I des Handbuches der Psychiatrie von Aschaffenburg. Leipzig u. Wien, Fr. Deuticke.

174. *Wasserfall, W.* (Berlin), Meningismus im epileptischen Dämmerzustand. (Kasuist. Mitteilungen v. d. Kgl. Psychiatr. u. Nervenklinik der Charité, II.) Monatschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, H. 3, S. 165.

175. *Weber, L. W.* (Chemnitz), Zur Entstehung von Unfallneurosen. München. med. Wschr. Nr. 12, S. 400. (S. 19*.)

176. *Wehner, Georg*, Beitrag zur Lehre der sexuellen Neurasthenie. Inaug.-Diss. 1914. Kiel.

177. *Weiland, W.* (Kiel), Gesichtspunkte zur Behandlung des Morbus Basedowii. Therap. d. Gegenwart Nr. 5.

178. *Weißpfennig, A.* (Hamburg), Operative Behandlung der genuinen und traumatischen Epilepsie. Bruns Beiträge Bd. 92.

179. *Westphal, A.* (Bonn), a) Hysterische Taubstummheit bei Kriegsteilnehmern. b) Hörstummheit. (Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk., Med. Abt., Bonn, Sitzg. v. 25. X. 15.) Ref.: D. med. Wschr. Nr. 52, S. 1561.

180. *Williams, Tom A.* (Washington), The cause and cure of night terrors in children. Archiv of ped. Vol. 31, p. 906.

181. *Witte, August* (Wehnen), Zur Symptomatologie und Therapie der männlichen Hysterie. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 29*.)

182. *Witzel, O.* (Düsseldorf), Die Enzephalolyse bei traumatischer Epilepsie und Zephalalgie. München. med. Wschr. Nr. 43, S. 1478.

183. *Würdemann, H. O.*, The eye symptoms of hypophyseal diseases. Ophthalmology Vol. 11, Nr. 3.

184. *Young, J. Herbert* (Newton, Mass.), Tonsillectomy as a the-

rapeutic measure in the treatment of chorea and endocarditis. Boston med. and surg. journ. Vol. 173, p. 357.

185. *Zange*, *Joh.* (Jena), Über hysterische (psychogene) Funktionsstörungen des nervösen Ohrapparats im Kriege. München. med. Wschr. Nr. 28, S. 958.

186. *Zimmermann*, *R.* (Hamburg), Beitrag zur Kenntnis des epileptischen Blutbildes. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 28, H. 4—5, S. 339. (S. 23*.)

A. Neurosen.

Der Krieg hat hier ein sehr reiches Beobachtungsmaterial geliefert und besonders die Gelegenheit gegeben, ganz „reine" Fälle zu untersuchen, deren Ätiologie von vornherein klar war. Besonders war es möglich, eine Zahl von Beobachtungen auszusondern, deren Form den traumatischen Neurosen entsprach. So ist denn der alte Streit über das Wesen dieser Erkrankung wieder aufgenommen.

Oppenheim (118) betont ausdrücklich, daß er für eine „traumatische Kriegsneurose" nicht eingetreten ist. Zur Vermeidung von falschen Deutungen legt er noch einmal seinen Standpunkt klar und führt aus, daß unter den Neurosen traumatischer Natur die Neurasthenie eine große Rolle spielt, zum großen Teil in Verbindung mit Hysterie. Viele Symptomenkomplexe passen aber in diesen Rahmen nicht recht hinein, wie z. B. der Tic, die verschiedenen Formen des Zitterns und namentlich die Crampi musculorum. Diese Phänomene sind nur verständlich, wenn man die von *Oppenheim* aufgestellte Erschütterungstheorie zu Hilfe nimmt, nach welcher sowohl das zentral wie das peripher angreifende Trauma nicht anatomische, aber doch physikalische Veränderungen hervorruft. Es entsteht dann eine Betriebsstörung im Mechanismus der zentralen Innervation, die ihren Ausdruck findet 1. in der falschen Verteilung der motorischen Impulse, 2. in der Hypoinnervation und 3. in der Hyperinnervation der Muskeln derart, daß an die Stelle der einfachen Muskelkontraktion der Tremor und die tonische oder die spastische Muskelaktion, der Crampus, tritt. Den höchsten Grad dieser Anomalie bildet die Lähmung. Verf. hat sich mehr und mehr von der Richtigkeit dieser Auffassung überzeugt. Der von seinen Gegnern geschaffene Begriff der Rentenhysterie würde sich nur aufrechterhalten lassen unter Voraussetzung der psychischen, der ideogenen Entstehung aller Erscheinungen mit der so bequemen Verschiebbarkeit der Grenze zwischen Hysterie und Simulation Von letzterer sowie von Mangel an Energie, die Krankheit zu überwinden, hat *Oppenheim* bei den Kriegsteilnehmern nicht viel gesehen. Er hebt noch besonders hervor, daß er nicht etwa nur Berliner Material, sondern Soldaten aus allen Gegenden des Reiches in Behandlung hat, und daß er auch eine etwaige psychische Beeinflussung nicht beobachtet hat.



In einer weiteren Veröffentlichung kündigt *Oppenheim* (119) eine später erscheinende Monographie über Neurosen nach Kriegsverletzungen an. Er hat das Gebiet in fünf Gruppen eingeteilt: I. traumatische Hysterie, II. traumatische Neurasthenie, III. Hysteroneurasthenie, IV. traumatische Neurose im engeren Sinne, V. Kombination von organischen Erkrankungen des Nervensystems mit Neurosen traumatischen Ursprungs. Abteilung III und IV umfassen die traumatische Neurose im engeren Sinne. Verf. betont besonders, daß die psychogene resp. ideogene Entstehung der Symptome, der „traumatischen Hysterie", nur eine geringe Rolle spielt. Die Krankheitsbilder sind fast durchweg das Ergebnis einer psychischen und physischen Erschütterung; auch durch Reizzustände in der Peripherie ausgelöste reflektorische Zustände kommen sehr in Betracht. Bei den als Akinesia amnestica und Reflexlähmung bezeichneten Lähmungszuständen hat sich eine starke Bevorzugung der linken Seite herausgestellt, eine Tatsache, die ebensowenig mit der Annahme einer ideogenen Entstehung in Einklang zu bringen ist wie die Beobachtung, daß am Bein die Lähmung so gut wie immer distalwärts zunimmt und am längsten in den Fußmuskeln persistiert.

Weiter berichtet *Oppenheim* (120) über seine Kriegserfahrungen, die in mancher Hinsicht bisher nicht bekannte Tatsachen zutage gefördert haben. So ist bei den Kriegsverletzungen des Gehirns die große Seltenheit der Spätabszesse aufgefallen; die Kenntnis der Symptomatologie der Hirnschüsse konnte erheblich erweitert werden. Bei den Schüssen, die das Rückenmark verletzt hatten, wurde als häufigste Folge eine umschriebene Nekrose beobachtet; ferner ist das Vorkommen disseminierter Herderkrankungen festgestellt, auch in seltenen Fällen *Brown-Séquard*sche Lähmung mit homolateraler Anästhesie. Die Verwundungen des peripheren Nervensystems haben die Bestätigung der *Stoffel*schen Lehre von den gesonderten Bahnen im Nerven gebracht, besonders beim Ischiadikus ist dies sehr hervorgetreten. Auch das Verhalten der elektrischen Erregbarkeit bei peripherischer Nervenlähmung gab Veranlassung zu neuen Beobachtungen, ebenso eine Reihe von Begleiterscheinungen der traumatischen Neuritis. Der Verf. betont auch hier seine Überzeugung bezüglich der Entstehung der Neurosen und führt weiter aus, daß organische und funktionelle Nervenkrankheiten auffallend häufig miteinander verknüpft sind. Unter den Symptomen der traumatischen Neurasthenie nennt er die Neigung zu leichten Temperatursteigerungen, Symptome von Hyperthyreoidismus, Akinesia amnestica und Reflexlähmung. Die enorme Bevorzugung der linken Körperhälfte ist wohl auf die Unterwertigkeit der rechten Hirnhemisphäre zurückzuführen.

Einen anderen Standpunkt in der Auffassung der traumatischen Neurosen vertritt *Nonne* (114). Er fand unter 65 Fällen funktioneller Erkrankungen des Nervensystems bei Kriegsverletzten nur sechsmal das Krankheitsbild, das man früher als „traumatische Neurose" bezeichnete. Am häufigsten unter den Neurosen war die Hysterie, dann die Neurasthenie, konstitutionelle Nervosität und die Erschöpfungsneurose. Die häufigste Ur-

sache der Neurosen nach Trauma im Kriege sind Granatexplosionen, wobei der psychische Schock die größte Rolle spielt. Durch geeignete suggestive Therapie kann man oft plötzliche Heilung erzielen, es spricht dies gegen die Annahme anatomischer Veränderungen. Die Prognose der Neurosen ist an sich günstig. Der Name „traumatische Neurose“ ist zu vermeiden, weil sich mit ihm häufig der Begriff der Unheilbarkeit verknüpft und es auch eine durch Trauma bedingte charakteristische, spezifische Neurose nicht gibt.

Auch *Bunnemann* (26) ist nicht geneigt, die Symptome der traumatischen Neurose durch physikalische Folgen der Erschütterung im Sinne *Oppenheims* zu erklären, und führt eine Reihe von Gründen gegen diese Theorie an.

Oppenheim (121) bringt einige Beiträge zur falschen Innervation (Innervationsentgleisung); er versteht darunter die Erscheinung, daß der Verletzte die Bewegungsenergie auf andere Muskeln ablenkt oder die Antagonisten kontrahiert. Besonders häufig hat er diese Erscheinung bei Schußverletzungen des N. accessorius gesehen, ferner mehrfach bei Beschädigung des Ischiadikus sowie bei nicht organisch bedingter Paraplegie oder Monoplegie des Beines meist infolge von Granatexplosionen. In den letzteren Fällen betraf die Lähmung immer am stärksten und längsten die Fußmuskeln; wenn die Patienten schließlich den Fuß strecken konnten, geschah dies nur unter gleichzeitiger Kontraktion des Quadrizeps.

Bruns (23) hat bei Kriegsverletzten vielfach Verletzungen der peripheren Nerven gesehen. Aufgefallen ist ihm die rasche Herabsetzung der galvanischen Erregbarkeit, die Beobachtung *Oppenheims* des späten Eintretens der Zuckungsträgheit hat er noch nicht gemacht. Heftige Schmerzen sprechen nach Ansicht des Verf. für partielle Läsion oder echte infektiöse Neuritis. Auffallend waren noch die Schlafstörungen und das starke Schwitzen der Verletzten. *Bruns* rät bei starken Schmerzen zu baldiger Operation, in einigen Fällen half die Neurolyse, in anderen nicht. Wärme wurde meist wohltuend empfunden, vermehrte aber bis weilen auch die Schmerzen.

Oppenheim (122) hat öfter bei Soldaten den von ihm als Myotonoclonia trepidans bezeichneten Symptomenkomplex beobachtet. Die motorische Störung bestand aus einer Neigung zu tonischer Muskelanspannung oder Crampus, zu klonischen Zuckungen und zu Zittern. In der Ruhe fehlten diese Erscheinungen meist, es genügte schon die Bewegungsintension, um sie auszulösen. *Oppenheim* sah das Leiden am häufigsten bei Männern im Anschluß an Verletzungen auftreten, und zwar im Geleite der Hysteroneurasthenie und Neurose, nur ausnahmsweise bildet sie das einzige Krankheitssymptom. Es ist anzunehmen, daß die neuropathische Diathese das Zustandekommen des Syndroms begünstigt, und daß es in erster Linie durch psychischen und physischen Schock hervorgerufen wird. Es kann sich dabei nur um feinste Schädigungen des zentralen Innervationsmechanismus handeln. Die Möglichkeit eines muskulären Ursprungs muß verneint werden.

Löwenstein (92) hat bei einer größeren Anzahl von Patienten mit



Schußverletzungen peripherer Nerven und bei Polyneuritiden die Schmerzen durch Injektionen von Vakzineurin gebessert und zum Teil auch völlig geheilt. Vakzineurin ist eine Mischung von Autolysaten des Bacillus prodigiosus und des Staphylokokkus und wird dreimal wöchentlich in steigender Dosis mit $^1/_{50}$ ccm beginnend intramuskulär eingespritzt. Nachteilige Folgen wurden nicht bemerkt.

Riebeth (141) hält eine zweimonatliche Behandlungsdauer der Kriegsneurastheniker im Lazarett für ausreichend, damit nicht Dauerinsassen gezüchtet werden. Die Rückverweisung zur Truppe als garnisondienst- oder arbeitsverwendungsfähig ist stets im Auge zu behalten. Als bestes Mittel zur Vermeidung der Schädlichkeiten des Rentenkampfes sieht Verf. die einmalige Abfindung an, trotzdem auch diese nicht frei von Nachteilen ist. Sehr wichtig ist noch ein möglichst großes Entgegenkommen der Arbeitgeber und Arbeitsvermittlungsstellen, wobei die Ärtzte in ausgedehntester Weise mitwirken müssen.

Juliusburger (75) bringt die Krankengeschichten dreier Individuen mit ausgesprochen infantilen Zügen und psycho-sexueller Indifferenziertheit, bei denen ein stark femininer Einschlag im Seelenleben und den körperlichen Ausdrucksbewegungen unverkennbar war. Ist die feminine Veranlagung erheblich, so hat es keinen Zweck, die Patienten dem Heeresdienst wieder zuzuführen, in den angeführten Fällen hatten sich die Kranken als dienstuntauglich erwiesen.

Horn (71) tritt für die einmalige Kapitalabfindung bei Unfallneurosen ein, wenn es sich um Haftpflicht handelt. Bei Neurosen nach gewerblichen Unfällen soll man ebenfalls vom Abfindungsverfahren möglichst Gebrauch machen. Vollrente ist nur ausnahmsweise angebracht, meist werden sich Renten von 30—60%, die allmählich zu entziehen sind, empfehlen. Berufswechsel ist meist nicht notwendig. die Errichtung staatlicher Arbeitsnachweisstellen für beschränkt Erwerbsfähige ist notwendig. Verf. schlägt vor, daß die Kapitalabfindung bei gewerblichen Arbeitern schon bei Teilrenten bis $33^1/_3$% ermöglicht wird; in Haftpflichtfällen mnß der § 843, 3 BGB. dahin abgeändert werden, daß auch auf alleinigen Antrag des Haftpflichtigen hin Kapitalabfindung statt Rente zugesprochen werden kann.

In einer weiteren Veröffentlichung betont *Horn* (69), daß der weitere Verlauf der Unfallneurosen fast ausschießlich von der Handhabung des Entschädigungsverfahrens abhängt. Von 136 abgefundenen nervösen Erkrankungen nach Eisenbahnunfällen waren schon wenige Jahre später geheilt im sozialen Sinne 70%, wesentlich gebessert 16%, unverändert 11,8%, verschlechtert 2,2%. Unter 31 Fällen desselben Materials, die Rente erhielten. war nur zweimal eine derartige Besserung festzustellen, daß Rentenverminderung stattfinden konnte. Komplikationen mit organischen Krankheiten verschlechtern natürlich die Prognose. Den Namen „traumatische Neurose" will der Verf. fallen lassen, da mit ihm der Begriff der Unheilbarkeit vielfach verbunden wird.



Derselbe Verf. (70) schätzt die partielle Simulation bei Unfallneurosen auf mindestens $^{2}/_{3}$ aller Fälle, während totale Simulation sehr selten ist. Die durch unberechtigten Rentenkampf entstandenen nervösen Beschwerden sind sowohl bei Privatpersonen als unfallversicherten Arbeitern nicht als Unfallfolgen anzuerkennen. Die günstigsten Heilungsaussichten bieten die Schreckneurosen, die in mittelschweren Fällen meist spätestens nach zwei Jahren völlige Wiederherstellung erwarten lassen; auch die nach Kommotion und sonstiger lokaler Läsion entstandenen Neurosen heilen gewöhnlich nach einigen Jahren aus.

In einer weiteren Arbeit hat *Horn* (67) die Schreckneurosen aus dem Gebiet ber Unfallneurosen in klinischer und unfallrechtlicher Beziehung abzugrenzen versucht, wozu ihm ein Material von 100 „reinen" Fällen zur Verfügung stand. Er betont, daß auf psychischem Gebiete besonders die Erscheinungen der akuten Verwirrtheit hervortreten, daß aber auch in somatischer Beziehung ein charakteristischer Symptomenkomplex besteht, der in erster Linie das Herz und die Blutgefäße betrifft. Die große Mehrzahl der Kranken besteht aus schon vorher nicht intakten, zum mindesten stark disponierten Individuen. Die Auslösung resp. Verschlimmerung von Diabetes mellitus, insipidus, M. Basedowii und anderen organischen Erkrankungen durch Schreck erfolgt durch das vegetative Nervensystem. Verf. weist abermals auf den großen Wert der Kapitalabfindung hin; die Regelung der Entschädigungsansprüche ist ausschlaggebend für die Prognose.

Horn (68) betrachtet die Schreckneurosen als scharf umschriebene Gruppe der Unfallneurosen. Neben den psychischen Erscheinungen treten besonders kardiovaskuläre Symptome hervor. Die Heilungsaussichten sind bei einmaliger Abfindung günstig, selbst in anfangs sehr schwer erscheinenden Fällen. Die Zuerkennung einer zeitlich begrenzten, fallenden Rente ist lediglich als Notbehelf anzusehen.

Weber (175) betont, daß die Unfallneurosen in erster Linie psychogen bedingt sind, und warnt dringend davor, bei der ersten Untersuchung und Begutachtung Krankheitsvorstellungen zu erwecken und die Aufnahme eines genauen Nervenstatus zu versäumen. Er führt eine Beobachtung an, in welcher erst durch das Eingreifen des Arztes aus einem harmlosen Vorfall ein Unfall wurde. Die Gewährung einer Rente wurde dann für die Frau die Veranlassung, eine spätere Verletzung entsprechend auszunutzen und einen dritten Unfall anscheinend zu erfinden. Erst die Anstaltsbeobachtung ergab das Fehlen aller schädlichen Folgen.

Rumpf (146) hat die Frage der nervösen Erkrankungen nach Unfällen einer Prüfung unterzogen. Die Untersuchung der Spätfolgen von 90 Schädelbrüchen zeigte neben Ausfallserscheinungen und außer der nicht seltenen Epilepsie vorwiegend Kopfschmerzen, Schwindel, Abnahme des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit, Intoleranz gegen Alkohol, Aufregungszustände, Charakterveränderung und Erhöhung des Druckes der Lumbalflüssigkeit. Ferner wurde in 173 Fallen der Verlauf nervöser Erkrankungen nach Eisenbahn-



unfällen geprüft. Es ließ sich hier ein Krankheitsbild abtrennen, das einen im wesentlichen vasomotorischen Symptomenkomplex zeigt und besser als Schreckneurose wie als Hysterie zu bezeichnen ist. Wesentlich verschieden davon sind die nervösen Störungen nach Kopftraumen mit zerebralen Erscheinungen. Nach allgemeinen Erschütterungen treten wieder ausgesprochen neurasthenische Symptome auf. Wirken mehrere ätiologische Momente ein, so werden die Krankheitsbilder wesentlich komplizierter. Geheilt waren 58% der Fälle, gebessert 13,3, unverändert 28%, verschlimmert 2,7%. Dagegen waren, wenn man nur die Fälle berücksichtigte, die im ersten Jahre durch Kapital definitiv abgefunden waren, 81,5% geheilt, 8,5% gebessert; es ist also bei dieser Kategorie die Prognose sehr günstig. Bei den durch Eisenbahnunfälle hervorgerufenen funktionellen Erkrankungen des Nervensystems ist also eine baldige Kapitalabfindung sehr erwünscht, bei der Arbeiterversicherung dagegen überwiegen Krankheitsbilder, bei denen lokale Verletzungen zu den Störungen des Nervensystems hinzukommen, so daß hier die Möglichkeit der einmaligen Entschädigung jedenfalls stark eingeschränkt erscheint, da die Prognose erheblich verschlechtert wird. Völlige Simulation wurde nur in 1-2% der genau verfolgten 173 Fälle gefunden.

Berger (7) stellt hauptsächlich auf Grund zahlreicher eigener Beobachtungen die Beziehungen zwischen Trauma, namentlich vom Standpunkt des Betriebsunfalls, und nachfolgender geistiger Erkrankung übersichtlich zusammen. Indem er zuerst die gesetzlichen Bestimmungen und den Begriff des Unfalls bespricht, weist er auch darauf hin, daß auch die außergewöhnliche Anstrengung bei einer Arbeit einen Unfall im gesetzlichen Sinne darstellen kann. Sehr ausführlich wird die Hirnerschütterung in ihren klinischen und anatomischen Erscheinungen besprochen; dabei wird bemerkt, daß die Symptome einer Hirnerschütterung für die Beurteilung der Folgeerscheinungen nicht von ausschlaggebender Bedeutung sind, weil schwere Hirnverletzungen und darauf zurückzuführende Erkrankungen vorkommen, ohne daß Kommotionssymptome zu beobachten waren. Im einzelnen werden dann als organische Psychosen besprochen die Kommotionspsychose, die traumatische Demenz, ferner die Epilepsie, wobei eine traumatische Epilepsie und eine Reflexepilepsie von der traumatisch ausgelösten genuinen Epilepsie getrennt wird, dann alkoholische Psychosen, Paralyse, arteriosklerotische und senile Psychose und Dementia praecox; immer wird dabei auf die Kennzeichen hingewiesen, die das Trauma als Ursache für die psychische Erkrankung anzusprechen gestatten; diese Kennzeichen entsprechen den auch von anderen Autoren angenommenen Gesichtspunkten. Ähnlich werden die nach Unfall auftretenden funktionellen Psychosen besprochen und ihre Differentialdiagnose gegen reine Neurose eingehend gewürdigt. Die Arbeit mit vielen lehrreichen Einzelbeobachtungen ist gerade jetzt aktuell, wo uns der Krieg so häufig vor die Beurteilung traumatischer Folgezustände auf psychischem Gebiet stellt. (*Weber*- Chemnitz.)

Rhein (139) beschreibt eine Reihe von Fällen mit allgemeiner Neur-



asthenie, in denen Schmerzen in der Schulter und im Arm auftraten, verbunden mit Adhäsionen im Gelenk, dazu gesellte sich Schwäche in den Armmuskeln. Meist war nur eine Seite befallen, selten beide. Verf. glaubt, daß es sich um eine Entzündung im Plexus brachialis handelt, und schlägt den Namen „Arthritic neuritis" vor. Die Behandlung besteht neben allgemeinen Maßnahmen in Anwendung von Elektrizität, Massage und Gelenkbewegungen. Die Prognose ist meist günstig.

Engelhorn (42) hat die klimakteriellen Beschwerden, unter denen nervöse Störungen von seiten des Herzens und der Gefäße eine große Rolle spielen, durch ein- oder mehrmalige Blutentziehung von 100 ccm sehr günstig beeinflußt. Auch bei den durch Dysfunktion des Ovars bedingten nervösen Erscheinungen der Entwicklungsjahre hat ein Aderlaß gute Erfolge erzielt.

Die Behandlung der Trigeminusneuralgien mit Alkoholinjektionen wird von *Donath* (35 a) sehr empfohlen. Er hat von 16 Kranken 11 geheilt und 4 gebessert; nur in einem Fall mußte die Behandlung des 66jährigen, an Arteriosklerose und Myodegeneratio cordis leidenden Patienten aufgegeben werden. Verf. ist der Ansicht, daß das Gebiet der blutigen Resektionen des Trigeminus durch die Alkoholinjektionen erheblich eingeschränkt werden wird.

Rohrer (145) bringt die Krankengeschichte eines 27 jährigen Arztes, der an Hemicrania ophthalmica litt. Er nimmt an, daß sich der Vorgang in der Rindenregion des Sehapparates abspielt, wahrscheinlich entsteht er durch eine Störung des Zellchemismus, hervorgerufen durch einen toxischen Stoff. Verf. faßt die Hemikranie als eine Krankheit auf, die entsteht durch das Zusammenwirken einer Disposition des Organismus und einer toxischen Noxe und unter anaphylaktischen Erscheinungen verläuft.

Fröschels (48) wendet sich gegen die Anschauung von *Kußmaul* und *Gutzmann*, daß das Stottern ein Krampf sei. Er führt aus, daß bei dieser Sprachstörung keine Krämpfe vorliegen, sondern abnorme Bewegungen, welche aus willkürlichen Bewegungen hervorgegangen sind und auch immer in einem gewissen Zusammenhang mit dem Willen stehen.

Die Beziehungen der Sprachheilkunde zur übrigen Medizin erörtert *Fröschels* (47). Er nennt hier die funktionellen Atemstörungen beim Stottern, bei verschiedenen Stimmkrankheiten und bei Taubstummen und bringt interessante Atemkurven. Ferner bespricht er das Stammeln, die Hörstummen und organische Erkrankungen des Zentralnervensystems mit Sprachstörungen. Auch in der Stomatologie spielt die Sprachheilkunde eine Rolle, so bei Behandlung des Lispelns der Über- und Unterbeißer und bei der Obturatorentherapie der Uranoschismen. Postoperative Aphasien werden ebenfalls sprachärztlich beeinflußt, ferner bringt die Ohrenheilkunde allerlei Beziehungen, ebenso die Erkrankungen der Nase. Dankbar ist die Aufgabe, die Laryngektomierten in der Erzeugung der Pharynxstimme zu unterrichten. Schließlich hebt der Verf. noch hervor, daß blind geborene Kinder eine verzögerte Sprachentwicklung zeigen, ein Beweis, daß auch das Auge hier eine Rolle spielt.



Eine sprachärztliche Kriegsabteilung, über die *Fröschels* (49) berichtet, ist von dem Wiener Militärkommando eingerichtet. Die Resultate sind sehr erfreulich. Erwähnt soll hier nur werden, daß bei den Stotterern fast durchweg als Ursache das Niedergedrücktwerden durch den Luftdruck eines explodierenden Schrapnells angegeben wird, in einzelnen Fällen Verschüttetwerden mit Erde. Die Behandlung dieser Kriegsstotterer ist äußerst mühevoll. Auch bei hysterischen Aphonien, organischer Stimmbandlähmung und Gaumenlähmung sind die Erfolge gut.

Die Untersuchungen an 25 stotternden Individuen führten *Browning* (20) zu dem Ergebnis, daß regelmäßig eine Vergrößerung oder Persistenz der Thymus vorliegt. Eine weitere Rolle spielen Zirkulationsstörungen, die etwa in der Hälfte der Fälle vorhanden waren. Auch rhachitische Veränderungen fanden sich häufig. Vergrößerung der Thyreoidea fand sich häufiger bei Mädchen als bei Knaben. Die Tatsache, daß Mädchen weniger oft stottern als Knaben, erklärt Verf. damit, daß bei ersteren die thymo-lymphatische Konstitution seltener ist, auch die kostale Atmung spielt eine Rolle. Heredität ist weniger für das Stottern selbst nachweisbar als für die Neigung zu einer Hyperplasie der Thymus.

B. Epilepsie.

Obersteiner (116) betont, daß auch bei den sog. exogenen Nervenkrankheiten ein endogener Faktor, und zwar die Anlage, eine große Rolle spielen kann. Eine angeborene Anlage ist besonders bei Tabes nachgewiesen, wird auch wohl mit Recht bei der multiplen Sklerose vorausgesetzt, wenn hier auch vielleicht nur eine Disposition vorhanden ist. Für die echte Syringomyelie sind entwicklungsgeschichtliche Anomalien festgestellt, die vielleicht auch für die meisten eigentlichen Gliome gelten. Ebenso wie jetzt schon bei der juvenilen Form wird sich auch für die Paralyse der Erwachsenen eine spezifische Anlage nachweisen lassen. Ferner finden sich bei Dementia praecox, der genuinen Epilepsie und auch bei vielen Hirntumoren kongenitale Abweichungen, ferner bei hereditärer Ataxie, amaurotischer Idiotie, Kernaplasie, Pseudosklerose und *Wilson*scher Krankheit.

Friedmann (45) faßt das in den „gehäuften kleinen Anfällen“ sich äußernde Leiden zunächst nur als einen Symptomenkomplex auf. Bisweilen stellen sich nach längerer oder kürzerer Zeit doch echte epileptische Krämpfe und epileptische Degeneration ein, oder es sind lange andauernde Konvulsionen in der ersten Kindheit vorausgegangen, oder es findet sich noch eine für die Spasmophilie typische elektrische Überregbarkeit. Eine dritte Form der „gehäuften kleinen Anfälle“ gehört der Hysterie an. Dagegen ist das primäre narkoleptische petit mal ein ganz selbständiges Leiden, das stets denselben Anfallstypus darbietet, in welchem allein der Ausfall der höheren Denk- und Willensfunktion sich bekundet. Gewöhnlich ist es nur von einer Aufwärtsdrehung der Augen und leichtem Lidflattern begleitet, nicht selten auch von einer Schwäche der Arme und Beine. Wahrscheinlich handelt es sich hier



um eine eigenartige Gestaltung der Gehirnmüdigkeit, welche zu plötzlichem vorübergehenden Versagen der geistigen Funktionen führt. Die Prognose ist gut.

Nach *Redlich* (137) gehört die Mehrzahl der bisher als Narkolepsie beschriebenen Fälle in andere Kategorien. Er selbst hat nur einen Fall beobachtet, auf den alle Charaktere der von *Gélineau* beschriebenen Narkoepilepsie paßten. Es handelte sich um einen 19jährigen Mann, Sohn eines Trinkers, der mehrfach am Tage bei der Arbeit, beim Gehen, meist aber bei ruhigem Sitzen Schlafanfälle bekam, die von einigen Minuten bis zu mehreren Stunden dauerten. Nur selten konnte der Patient das Schlafbedürfnis unterdrücken, durch Anrufen und Rütteln konnte er geweckt werden. Gemütsbewegungen hatten keinen Einfluß auf die Häufigkeit der Anfälle. Beim Lachen hatte der Kranke das Gefühl, als müsse er zusammensinken, und knickte in den Knien ein. Epileptische und hysterische Symptome fehlten. Es handelt sich nach Ansicht des Verf. um ein gesteigertes Schlafbedürfnis, das sich in einer pathologischen Form äußert.

Zimmermann (186) konnte in den anfallsfreien Zeiten bei Epileptikern keine Veränderung des Blutbildes finden. Vor dem Anfall machte sich eine starke Vermehrung der weißen Blutkörperchen bemerkbar. Regelmäßig vermehrt waren die Lymphozyten, vielfach auch die mononukleären; die eosinophilen dagegen gingen zurück. Im Anfall selbst kam es zu einem mäßigen Rückgang der neutrophilen Leukozyten, die Steigerung der Lymphozyten hielt an. Nach 1—2 Tagen glich das Blutbild sich wieder aus.

Unter 33 epileptischen Soldaten, die *Bonhoeffer* (17) untersuchte, waren bei 20 die Anfälle schon vor dem Feldzuge aufgetreten, bei 10 anderen hatten sichere epileptische Anzeichen schon vor der aktiven Dienstzeit bestanden. Bei den im Feldzug zum erstenmal beobachteten Anfällen ließ sich stets eine Disposition nachweisen. Es wurde kein sicherer Fall gefunden, bei dem ausschließlich die Kriegsereignisse als Ursache der Epilepsie in Betracht gekommen wären, ausgenommen die Epilepsie nach Schädeltraumen. Andererseits war aber nicht zu verkennen, daß Gemütsbewegungen und Überanstrengungen die Anfälle auslösten. Neben den epileptischen fanden sich Anfälle bei Individuen mit labilem Vasomotorium. Diese haben die Neigung, psychogen auslösbar zu werden, ohne daß sich sonst ein hysterischer Habitus entwickelt.

Die Beziehungen von Epilepsie und Schwangerschaft behandelt die Dissertation von *Meyer* (99). Er bringt vier einschlägige Beobachtungen, in einer derselben war die Epilepsie zum erstenmal während des Puerperiums aufgetreten, in einem zweiten Falle erst während der Schwangerschaft. Bei einer anderen Frau war ein günstiger Einfluß der Gravidität auf die Epilepsie unverkennbar.

Hebold (62) hat an einem großen Material untersucht, auf welche Art der Tod der Epileptiker eintritt. Nur in wenigen Fällen fanden sich keine äußeren Ursachen, so daß hier nur die Annahme eines Herzschlags übrig blieb. Bei weitem am häufigsten kamen Unfälle in Betracht; im Endzustande

des Anfalles, dem Zustande der Bewußtseinsstörung kann der Tod durch Selbstmord herbeigeführt werden. Nach dem Anfall kann der Tod durch Folgen der Verletzungen eintreten; so wird das seltene Vorkommen eines Balkenrisses angeführt.

Die Untersuchungen *Cuneos* (32) richten sich auf das Verhalten des Stickstoffs und des Blutes bei Epileptikern. Er faßt die Ergebnisse seiner biochemischen Untersuchungen in folgenden 4 Leitsätzen zusammen. 1. Die Analyse des in der Zeit des Anfalles produzierten Harns ergibt, daß die Harnstoff bildende Funktion sich in normaler Weise vollzieht und daß kein Anzeichen ammoniakalischer Autoinfektion vorhanden ist. 2. In der Anfallperiode macht sich eine starke Neigung zur Azidität bemerkbar oder auch eine starke Bildung organischer Säuren, die, wenn sie als Ammoniumsalze infolge des Fehlens von Natrium- und Kaliumverbindungen ausgeschieden werden, eine außerordentliche Menge von Ammoniak im Harn erzeugen, jedoch ohne daß die Harnstoffproduktion beeinträchtigt wird. 3. Gesteigerte Stickstoffzufuhr hat beim Epileptiker eine namhafte Vermehrung des Stickstoffgehaltes der Fäzes zur Folge; diese Tatsache läßt auf eine Störung in der Funktion der intestinalen Resorption schließen. 4. In dem sofort nach dem Anfall entnommenen Blute ist eine Substanz nachweisbar, die alle Eigenschaften der Albumosen besitzt, sich aber in der anfallsfreien Zeit nicht findet. Verf. glaubt, daß man auf Grund dieser Ergebnisse in der Erforschung der Pathogenese der Epilepsie weiter kommen kann, vorläufig genügen sie allerdings nicht zur Aufklärung dieses schwierigen Gebietes.

Kellner (78) hat mit der *Flechsig*schen Opium-Brom-Kur unleugbar gute Resultate erzielt. Unter 250 Kranken konnte er niemals eine dauernde Schädigung durch diese Behandlung feststellen, dagegen konnte er in 20—25% der Fälle Besserung und Heilung erzielen. Verf. gibt im Laufe von 50 Tagen Opiumdosen, die von 3mal täglich 0,05 Extr. Opii beginnend bis 3mal täglich 0,29 Extr. Opii ansteigen. Dann folgt die Bromdarreichung, anfangs 5, dann 6 und 7 g, die dauernd genommen werden, falls der Kranke es verträgt. Die allgemeinen diätetischen Vorschriften sind selbstverständlich zeitlebens von dem Epileptiker innezuhalten.

Barakov (6) beschäftigt sich zuerst mit den bisherigen Erfolgen verschiedener Therapiearten bei der Epilepsie und bespricht dann eingehend seine eigene Methode, die Borsäure-Epilepsiebehandlung. Er ordiniert am Beginn der Krankheit in wässeriger Lösung 2 g Borsäure pro die (morgens und abends je 1 g), nach 2 Tagen gibt er 3 g pro die, nach weiteren 3 Tagen 4½ g pro die und nach weiteren 10 Tagen 5 g, auf welcher Dosis er etwa 14 Tage verbleibt. Auf diese Art und Weise will er in etwa 75% seiner Fälle gute Resultate beobachtet haben. Bei jugendlichen Patienten erzielte er entweder eine wesentliche Besserung des Zustandes, Verminderung der Anfällezahl oder vollständige Heilung, bei veralteten Fällen war aber die Therapie machtlos. Andere Medikamente gibt er gleichzeitig nicht; salzarme Kost.

(*Jar. Stuchlík.*)



Zur Behandlung „traumatischer Epilepsie" nach Hirnschußverletzung empfiehlt *Spielmeyer* (160) systematische Kühlungen der Hirnoberfläche; er wurde zu dieser Behandlung durch die Versuche des Physiologen *Trendelenburg* angeregt. Er erzielte mehrfach gute Erfolge bei Verletzten mit Schädelknochendefekt, der die Kühlung vermittelst Eisbeutels und kalter Umschläge gut ermöglichte. Zugleich macht Verf. auf die von *Trendelenburg* angegebene Unterschneidung der Hirnrinde aufmerksam, die namentlich bei traumatischer Epilepsie mit Lähmungserscheinungen monoplegischer und hemiplegischer Art nach gröberen Hirnschädigungen angewandt zu werden verdient.

C. Chorea und andere motorische Neurosen.

Swift (167) bringt eine kurze Anleitung, um die Stimmveränderung bei Choreatischen zu prüfen. Er empfiehlt, ein langgezogenes „a" aussprechen zu lassen und auf die Veränderungen in der Höhe und Intensität des Vokals zu achten, die durch choreatische Kontraktionen erhöht werden.

Dost (36) konnte das Gehirn einer an *Huntington*scher Chorea verstorbenen Patientin genau untersuchen. Es wog nur 810 g, zeigte aber keine sicheren Anzeichen einer Entwicklungsstörung. Es fand sich eine Pachymeningitis haemorrhagica, deren Zusammenhang mit einem Unfall, den die Kranke kurz vor Auftreten der ersten choreatischen Symptome erlitten hatte, nicht angenommen werden konnte. Mikroskopisch erscheinen die Tangential- und Supraradiärfasern mäßig gelichtet, ferner waren die Ganglienzellen der gesamten Hirnrinde, des Thalamus, Streifenhügels, Nucl. ruber, Nucl. dentatus, weniger der Kleinhirnrinde und des Rückenmarkes erkrankt. Meist lag eine Schwellung des Zelleibes mit Zerfall der Nißl-Granula und Ansammlung von Pigment vor, Schrumpfung der Zellen wurde weniger beobachtet. Die Fibrillen waren vielfach staubförmig zerfallen. Die Glia war mäßig gewuchert; in den Lymphscheiden der Gefäße und in den Zellen der Gefäßwand lag viel Pigment. Arteriosklerose fehlte. Der Befund ist mit großer Wahrscheinlichkeit auf die Chorea Huntington zu beziehen. Das Gehirn war angeboren minderwertig.

Bruhn (22) bringt in seiner Inaugural-Dissertation die Beschreibung eines Falles von *Huntington*scher Chorea, der nichts Besonderes bietet. Zwei weitere Beobachtungeu dieser Krankheit sind in der Dissertation von *Fritze* (46) veröffentlicht.

Die Dissertation von *Heinrichs* (63) bringt zwei Fälle von Chorea minor mit Psychose. Dasselbe Thema behandelt *Kühl* (86), der mit Salvarsaninjektionen keinen nennenswerten Erfolg erzielen konnte. Bei dem von ihm beobachteten jungen Mädchen hatten die Zuckungen ihren Höhepunkt am Ende der 3. Woche erreicht, die psychischen Erscheinungen dagegen erst in der 6. Woche. Nach 4 Monaten war völlige Heilung eingetreten.

Michels (104) beschreibt in seiner Dissertation einen Fall von Chorea hysterica bei einem 14 jährigen Knaben, der nach fast zweimonatlicher Behandlung geheilt wurde.



Engelhard (41) konnte unter 212 Personen aus einer Familie, die über 5 Generationen verteilt waren, 20 mit Nystagmus behaftete nachweisen, und zwar 19 Männer und 1 Frau. Der Nystagmus war konstant begleitet von einem gewissen Grad von Pigmentarmut im Fundus oculi und von einem schlechten Visus, der teilweise auf einer leichten Atrophie des Optikus zu beruhen schien. Der Vererbungstypus war derart, daß ein kranker Mann nur selten direkt, wohl aber über eine gesunde Tochter die Abweichung vererbte, daß ein gesunder Mann gesunde Nachkommenschaft hatte, daß jedoch das Fehlen des Nystagmus bei einer Frau das Nichtvorhandensein der Anomalie bei ihrer Nachkommenschaft nicht garantierte.

D. Hysterie.

Die Kriegshysterien werden von *Binswanger* (10) eingeteilt in zwei Hauptgruppen, nämlich erstens die Fälle, in denen schon vor Ausbruch des Krieges konstitutionelle hysteropathische Veranlagung bestand, und zweitens in solche, bei denen jede derartige konstitutionelle Erkrankung auszuschließen war. Beobachtungen der letzteren Art sind bei weitem am häufigsten. Die hystero-somatischen Krankheitsbilder entwickeln sich entweder unmittelbar im Anschluß an psychisch erschütternde, mechanisch oder toxisch schädigende Ereignisse ,oder sie traten erst nach einem Inkubationsstadium zutage. Die hystero-somatischen Symptome sind bei beiden Kategorien nicht verschieden, vorwiegend sind die verschiedenen Tremorarten bis zum Schüttelkrampf, die Dysbasien und Astasien, monoplegische resp. monoparetische und hemiparetische Erscheinungen mit Kontraktur oder leichteren spastischen Zuständen und endlich die Störungen der Hautempfindung und der Schmerzgefühlsreaktion. Bei der Entstehung der spezifisch hysterischen Merkmale spielt der psychische Faktor die Hauptrolle, doch bleibt der Mechanismus der psychischen Vorgänge selbst völlig ungeklärt. Die Behandlung besteht in Anwendung der Verbalsuggestionen unter Zuhilfenahme physikalischer arzneilicher Mittel; dazu kommt eine ausgedehnte Beschäftigungstherapie. Die Erfolge sind gut, als besonders hartnäckig haben sich aber die hysterischen Sprach- und Phonationsstörungen erwiesen.

Nonne (111) hat zwar viele Neurosen und schwere Hysterien bei Soldaten gesehen, schließt daraus jedoch keineswegs auf eine größere Verbreitung und betont, daß viele der schwersten Verletzungen fast durchweg ohne Neurosereaktion ertragen werden. Fälle von grande hystérie sah er unter den verschiedensten Bildern, wie Mutismus, Stottern, isolierte klonische Krämpfe einzelner Muskeln als Monoplegien verschiedener Extremitäten usw. Besonders häufig waren Fälle von Abasie. Auch sah Verf. nicht selten, daß hysterische Symptome organisch bedingten Krankheitsbildern superponiert waren. Bei einer großen Reihe von Fällen konnte durch Suggestion in Hypnose überraschend schnelle, sog. „Wunderheilung“ erzielt werden. So war bei einem Kranken mit klonischen Zuckungen der Gesichtsmuskeln und voller Astasie und Abasie nach 3 Sitzungen ein Verschwinden der Krankheitszeichen bewirkt.



Hoche (65) hat zu seiner Freude feststellen können, daß die schon früher von ihm bestrittene Lehre von der Dekadenz unseres Volkes durch den Krieg widerlegt ist. Weiter betont er, daß die Luxussanatorien sich geleert haben und daß viele neurasthenische Individuen überraschende Leistungen im Felde vollbracht haben. Auch die psychoanalytische Literatur ist zurückgegangen. *Hoche* ist der Ansicht, daß jeder Kriegsteilnehmer bei entsprechenden Erlebnissen hysterisch werden kann. Die meisten Fälle von Kriegshysterie sind psychogen entstanden, teils in dem Sinne des Bestimmtseins durch entsprechende Vorstellungen, teils durch Auslösung auf affektivem Wege. Interessanter aber sind die Fälle, bei denen z. B. eine Granatexplosion unmittelbare Bewußtlosigkeit zur Folge hat, nach deren Verschwinden der Patient mit einer Reihe hysterischer Ausfalls- oder Reizerscheinungen erwacht, also eine psychische Einwirkung als vermittelndes Zwischenglied nicht in Frage kommt. Es muß also diese Störung sowohl von der psychischen wie von der materiellen Seite her ausgelöst werden können.

Gaupp (52) hat die Beobachtung gemacht, daß seit etwa Dezember 1914 die Zahl der nervenkranken Soldaten gewachsen ist, bei denen heftiger Schreck nach Granatkontusion als hauptsächliche Ursache angegeben wird. Diese und andere nervöse Zustände, besonders aber die hysterischen, heilen nach den Erfahrungen des Verf. oft nicht eher, als bis der Patient die Gewißheit hat, daß er nicht mehr zur Front zurückzukehren braucht. So betrübend diese Tatsache auch ist, so tut man doch am besten, den Kranken nachzugeben, da sie als minderwertiges Material doch nichts nützen und später nur hohe Renten beanspruchen. Eine zweite Gruppe besteht aus älteren Männern, die bald nach der Einziehung hysterische Symptome bekommen. In vielen Fällen wird es auch hier nützlich sein, nach einer passenden anderen Verwendung solcher Mannschaften zu suchen, ein militärisches Arbeitsnachweisamt bei jedem Armeekorps würde dieser Forderung wohl am besten gerecht werden können.

Auf die Wichtigkeit der Differentialdiagnose zwischen Hysterie und psychopathischer Konstitution gegenüber der Hebephrenie im Felde macht *Bonhoeffer* (18) aufmerksam. Besonders groß sind die Schwierigkeiten bei Fällen von hysterischer Pseudodemenz und *Ganser*schem Dämmerzustand. Verf. führt mehrere Beispiele an, bei denen die Symptome zu Anfang noch wenig ausgeprägt waren. Stets lag der springende Punkt der Differentialdiagnose im Verhalten der Affektreaktion und der damit im engsten Zusammenhange stehenden geistigen Aktivität. Man ist bei der Beurteilung vorläufig auf das psychische Bild angewiesen, da objektive Maßstäbe für das Verhalten der Affektivität wie die Messung des Pupillarspiels gerade in der Zeit der beginnenden Erkrankung oft versagen.

Nach dem Vorgang von *Siemerling* unb *Stern* bezeichnet *Raecke* (133) als „Situationspsychosen" Zustände, die durch äußere Umstände und die damit zusammenhängenden psychischen Eindrücke hervorgerufen und durch einen Wechsel der äußeren Situation beseitigt oder verändert werden. Dazu



gehören namentlich ein Teil der durch den Einfluß der Haft entstehenden akuten Geistesstörungen, und man hat die Beeinflußbarkeit dieser Psychosen durch äußere Momente, z. B. durch die Verbringung des Kranken aus der Haft in eine Krankenanstalt vielfach als Beweis für die hysterische Natur dieser Krankheitszustände angesehen. *R.* zeigt aber an einigen Beispielen, daß auch akute Krankheitszustände, die nach dem weiteren Verlauf sicher der Dementia praecox zugerechnet werden müssen, einer ähnlichen Beeinflußbarkeit zugängig sind; man muß deshalb auch mit katatonen Situationspsychosen rechnen und immer wieder versuchen, aus der Symptomatologie Gesichtspunkte für die differentialdiagnostische Abgrenzung zu gewinnen.

(*Weber*-Chemnitz.)

Nonne (112) hat mit der Hypnose bei Kriegshysterie sehr gute Erfolge erzielt und empfiehlt diese Behandlung als geradezu spezifisch. In 63 Fällen konnte er nur einmal eine partielle Schnellheilung spontan und nur fünfmal eine solche durch Wachsuggestion hervorrufen, in 28 Fällen dagegen erzielte er eine Schnellheilung durch hypnotische Suggestion. In allen diesen Fällen war die Hypnose tief, auch in den 23 Beobachtungen von allmählicher Heilung. Die häufigste Ursache der Entstehung der hysterischen Symptomenkomplexe waren Granatkatastrophen. Neuropathische Belastung und nervöse Antezedentien im Vorleben waren nur zehnmal nachzuweisen. Die Hypnose gelang auch bei Soldaten mit normalem Nervensystem, Städter und Landbewohner unterschieden sich nicht. Unter den Fällen von Schnellheilung war die Entstehung des Symptomenkomplexes mit einer Ausnahme stets akut gewesen, war die Krankheit allmählich entstanden, so ging auch die Heilung nur allmählich vor sich. In Fällen von motorischer Lähmung war eine Störung der Sensibilität fast ausnahmslos vorhanden, sie entsprach fast immer der funktionellen Einheit der Extremitäten, d. h. sie schnitt gliedweise ab. Vasomotorische Störungen waren auffallend häufig, sie heilten in den meisten Fällen spontan und schnell. Auffallend war es, wie leicht die tiefste Hypnose bei vielen Kranken gelang.

Engelen (39) ist ein Anhänger des Persuasionsverfahrens bei Psychoneurosen. Er führt aus, daß bei dieser Behandlungsweise die Suggestion eine große Rolle spielt. Daneben soll man aber nicht auf die körperliche Therapie verzichten. Bei Unfall- und Kriegsneurosen ist weitgehende Aufklärung des Kranken notwendig; die Belehrung erfolgt am besten in der von *Dubois* ausgearbeiteten Gesprächsweise.

Bei den Kranken mit nervösen Störungen durch Granatexplosionen handelt es sich nach *Bittorf* (12) fast ausnahmslos um hysterische Krankheitsbilder, die durch psychischen Schock und mechanische Momente (Luftdruck) hervorgerufen sind. Die Behandlung muß in erster Linie psychotherapeutisch sein, der Grundton der psychischen Beeinflussung soll ernst, selbst streng sein, um das Pflichtgefühl, den Willen zur Gesundheit zu wecken. Dazu müssen suggestive Maßnahmen wie die Anwendung des elektrischen Stromes kommen. Die Resultate dieser Behandlung sind sehr gut. Die Kranken sollen nach der Heilung möglichst bald der Truppe zugeführt werden.



Witte (181) beschreibt einen Fall von Hysterie bei einem 39 jährigen Militärkrankenwärter. Die Krankheit schwand rasch bei Ruhe, körperlicher Erholung und psychischer Beeinflussung. Verf. macht den Vorschlag, derartige Kranke möglichst bald aus den Lazaretten zu entfernen und geeigneten Anstalten zuzuführen.

Die Dissertation von *Vogt* (172) bringt die Beschreibung einer hysterischen Frau, die während eines Verwirrtheitszustandes unter dem Einfluß von ehelichen Streitigkeiten und Alkoholgenuß eine Brandstiftung begangen hatte. Es konnte ihr der Schutz des § 51 zugebilligt werden.

Schilling (150) konnte bei einer 40 jährigen, leicht hysterischen Frau ein Maiskorn aus dem linken unteren Nasenflügel entfernen, das angeblich dort 8 Jahre gesessen hatte. Näheres konnte nicht ermittelt werden.

E. Basedow und Erkrankungen anderer endokriner Drüsen.

Oswald (125) hat festgestellt, daß die für Jod überempfindlichen Menschen ausnahmslos ein geschädigtes Nervensystem haben. Bei solchen Individuen ist auch Kokaïnempfindlichkeit sehr häufig vorhanden. In der Aszendenz der Jodempfindlichen kommen oft Stoffwechselkrankheiten vor, namentlich Diabetes; diese Tatsache deutet schon auf einen genetischen Zusammenhang hin zwischen Störungen des Stoffwechsels und Schädigungen des Nervensystems. Auch für die Konstitutionskrankheiten würden diese Beziehungen Geltung haben.

In einer zweiten Arbeit wendet sich *Oswald* (126) gegen den Begriff „metabolisiertes Jod" und setzt auseinander, daß es sich doch nur um das Jodthyreoglobulin handelt. Das Fehlen von Jodthyreoglobulin ist die Ursache des Myxödems und Kretinismus. Beim primären Basedow ist das Nervensystem von vornherein ansprechbarer, eine Folge der verstärkten Innervation der Drüse ist die Überflutung des Kreislaufes mit Jodthyreoglobulin. Beim sekundären Basedow erfolgt eine chronische Reizwirkung seitens des anhaltend mehr produzierten Sekretes, welches mit der Zeit das Nervensystem ansprechbarer macht. Verf. konnte nachweisen, daß das Jodthyreoglobulin eine exquisit Nerventonus erhöhende Substanz ist, es erhöht die Ansprechbarkeit des vegetativen wie des animalen Nervensystems. So erklären sich die Symptome bei Fortfall der Schilddrüsenfunktion, der träge Stoffwechsel, die trockene Haut, die geistige Apathie usw., anderseits aber auch die Bilder des Hyperthyreoidismus und des Basedow mit dem gesteigerten Stoffwechsel, der Ansprechbarkeit des Nervensystems usw.

Derselbe Verfasser (127) geht bei seiner Besprechung der Theorie des Basedow vom Hyperthyreoidismus aus. Er weist nach, daß die gegen Schilddrüsensubstanz empfindlichen Menschen regelmäßig zu den Neuropathischen im weitesten Sinne des Wortes gehören, und schließt daraus, das man auch für den typischen Basedow einen im Nervensystem gelegenen Faktor annehmen muß. Auch die klinische Beobachtung bestätigt diese Tatsache. Das Struma

kommt dann als sekundäres Symptom hinzu. Es ist nachweisbar, daß die Schilddrüse unter dem Einfluß nervöser Momente ihr Volumen vermehren kann, besonders bei vaskulären Strumen. Die Drüse wird bei stärkeren Reizen mehr Sekret abgeben, so daß der Nerventonus erhöht wird, der seinerseits dann wieder die Schilddrüse anregt. Bei dem sog. sekundären Basedow spielt dagegen die Schilddrüse die primäre Rolle, indem sie längere Zeit nerventonuserhöhende Substanzen abgibt.

Anknüpfend an zwei Fälle von Morbus Basedowii bespricht *Ortner* (123) die Symptome dieser Erkrankung. Er betont, daß jedes Augensymptom fehlen kann, nur das Glanzauge hat er niemals vermißt. An dem Zustandekommen der Basedow-Erkrankung nimmt auch die Thymus Anteil, ferner möglicherweise auch noch die Nebennieren und das Ovarium. Verf. hebt hervor, daß im initialen Stadium durchaus nicht immer Tachykardie zu finden ist, vielmehr Labilität und Irregularität der Herzaktion auffällig ist. Bradykardie ist ebenfalls beobachtet. Auch die Abmagerung ist nicht immer vorhanden. Ferner kommen subfebrile sowie erhöhte Temperaturen vor. Bezüglich der Lungentuberkulose bei Basedow erwähnt Verf., daß sie nur selten vorkommt und einen gutartigen Charakter trägt, falls es sich nicht um einen hochgradig entkräfteten Kranken handelt.

v. Korczynski (83) beschreibt einen Fall von infantiler Hypothyreose bei einem 15jährigen Mädchen, das körperlich und geistig zurückgeblieben war. Die Haut war in den oberen Schichten trocken, in den unteren Lagen derb, ferner leicht frierend. Im Blute waren die neutrophilen Zellen stark zurückgegangen, die mononukleären Leukozyten vermehrt, auch kamen relativ reichliche Knochenmarkzellen vor. Die eosinophilen Leukozyten waren stark vermehrt, die roten Blutkörperchen an Zahl fast normal, der Hämoglobingehalt sehr niedrig. Wassermann positiv. Eine antiluetische Kur verbunden mit Darreichung von Thyreoidin brachte sehr guten Erfolg. Hereditäre Lues kann also sehr wohl als Ursache für infantile Hypothyreose in Frage kommen.

Stiefler (164) beschreibt einen Fall von Myotonia congenita mit myatrophischen und myasthenischen Erscheinungen. Trotzdem das Leiden bereits ausgebildet war, wurde der Kranke doch zum Militär eingezogen, versagte aber natürlich rasch. Die Myotonie betraf die gesamten willkürlichen Muskeln. Exzidierte Stückchen zeigten mikroskopisch eine enorme Verbreiterung der Muskelfasern, Vergrößerung und Vermehrung der Sarkolemmkerne und Verbreiterung der Bindegewebssepten. Die Atrophie beschränkte sich auf die kleinen Handmuskeln und hatte keinen degenerativen Charakter. Dazu kamen myasthenische Erscheinungen. In pathogenetischer Hinsicht bietet das gemeinsame Vorkommen von Myotonie und Myasthenie insofern ein Interesse, als beide Krankheiten als parathyreogene aufgefaßt werden.

Hoppe-Seyler (66) konnte in einem Falle von Diabetes insipidus durch subkutane Injektionen von Pituitrin erhebliche Besserung erzielen. Rinderhypophyse, Thyreoidin und Pituglandol versagten, ebenso Pituitrin per os. Zweifellos lag eine Störung in der Hypophyse vor; der Diabetes insipidus ist als Ausdruck einer ungenügenden Funktion der Hypophyse anzusehen.



Rhein (138) gibt eine Übersicht über die bei Erkrankung der Hypophyse auftretenden Symptome. Erhöhte Tätigkeit der Hypophyse bringt Riesenwuchs und Akromegalie hervor, herabgesetzte Funktion dagegen Fettsucht, Entwicklungsstörungen und sexuellen Infantilismus.

Fürth (50) hat eine Akromegalie zehn Jahre hindurch behandelt. Gegen die bestehenden Sehstörungen war anfangs Jodnatrium sehr wirksam, später versagte es. In der letzten Zeit der Behandlung erschien es aber wieder wirksam. Vertragen wurden sehr hohe Dosen bis 14 g pro die. Es bestand zweifellos ein Tumor der Hypophyse. Zuletzt blieben die Sehstörungen stationär, wobei vielleicht der Umstand mitwirkte, daß die Patientin inzwischen in das klimakterielle Alter gelangt war.

Leva (90) hat zwei Fälle von Akromegalie beobachtet. Die Mütter der Patienten waren Schwestern, aber auch sonst bestanden noch enge verwandtschaftliche Beziehungen. Bei beiden Kranken fehlten Hirndrucksymptome; dagegen bestanden eigentümliche Hautveränderungen. In einem Falle konnte die Sektion gemacht werden; die Hypophyse war hier eher atrophisch als vergrößert, es konnte mikroskopisch nur eine Vermehrung der eosinophilen Zellen nachgewiesen werden. Riesenwuchs fehlte. Verf. nimmt an, daß hier eine in der Konstitution gegebene und durch Konsanguinität vielleicht kumulierte neuropathische Anlage zur Entwicklung der Akromegalie geführt hat.

---

2. Gerichtliche Psychopathologie.

Ref.: Karl Wendenburg-Bochum.

1. *Alt*, *Konrad* (Uchtspringe), Im deutschen Heere während des Krieges auftretende psychische Störungen und ihre Behandlung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildg. Nr. 11 u. 12.
2. *Barth*, *Elfriede,* Untersuchungen an weiblichen Fürsorgezöglingen. Zeitschr f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 30, H. 2/3, S. 145.
3. *Bechterew*, *W.* (St. Petersburg), Der Justizmord Justschinsky und die psychiatrisch-psychologische Analyse. Zeitschr. f. Psychother. u. Psychol. Bd. 6, H. 3/4, S. 129.
4. *Becker*, *W. H.* (Herborn), Über den Verfall in Geisteskrankheit von Personen, an denen ein Verbrechen begangen wurde. Vjhrschr. f. ger. Med. u. öffentl. Sanitätsw. Jahrg. 1915, H. 1.
5. *Berger*, *Hans,* Trauma und Psychose. Mit besonderer Berücksichtigung der Unfallbegutachtung. Berlin, J. Springer. 208 S. 6 M.



6. *Birnbaum*, *K.* (Berlin-Buch), Die sexuellen Falschbeschuldigungen der Hysterischen. Groß' Arch. Bd. 64, H. 1 u. 2. (S. 41*.)

7. *Boas*, *Kurt*, Sexualpathologisches aus dem europäischen Weltkriege 1914/15. Arch. f. Kriminalpathol. u. Kriminalistik. Bd. 64, H. 1. (S. 43*.)

8. *Bonhoeffer* und *Moeli*, Verantwortlichkeit des Irrenarztes für den Selbstmord eines Geisteskranken. Obergutachten der Kgl. Wissenschaftl. Deputation f. d. Medizinalwesen vom 17. Juni 1914. (Journ. Nr. 21 C.) Vjhrschr. f. ger. Med. u. öffentl. Sanitätsw. Bd. 49, H. 2, S. 177.

9. *Bouman*, *K. H.*, Strafrecht und in der Entwicklung zurückgebliebene Kinder. Verslag. psych.-juridic. Gezelsch. Nr. vom Januar.

10. *Bouman*, *K. H.*, Betrunkenheitsdelikte vom medizinischen Standpunkte. De Wegwijzer Vol. 18, p. 227.

11. *Bresler*, *J.* (Lüben), Gerichtliches Gutachten betr. Trunksucht und krankhafte Rauschzustände. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 37/38, S. 218.

12. *Bresler*, *Joh.* (Lüben), Gutachten über einen Fall von Dementia praecox. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 17, S. 115.

13. *Bürger*, *L.* Arbeiten aus dem Gebiete der gerichtlichen Medizin. Versicherungsrechtliche Medizin. Ztschr. f. Med.-Beamte. H. 1 u. 2. (S. 42*.)

14. *Cimbal*, *W.* (Altona), Psychosen und Psychoneurosen im 9. Armeekorps seit der Mobilmachung. (Ärztl. V. Hamburg. Sitzg. v. 23. II. 15). Ref. *Wohlwill*: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref.- u. Erg.-Bd. 11, H. 5, S. 381.

15. *Cimbal*, *W.* (Altona), Vortrag über seelische und nervöse Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern. (Ärztl. V. Hamburg. Sitzg. v. 23. II. 15.) Eigenbericht: Neurol. Zentralbl. Nr. 11, S. 411.

16. *Consiglio*, *P.* (Rom), Studii di psichiatria militare. Riv. speriment. di freniatria. Vol. 41, p. 35—80.

17. *Consiglio, P.* (Rom), Studien über Militär-Psychiatrie und -Kriminologie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 28, H. 4 u. 5, S. 384.

18. *Cox, W. H.*, Psychiatrie contra Gesetz. Psych. en neurolog. Bl. Vol. 19, p. 467.
19. *van Deventer, J., Sissing, C. H.*, und *Postma, H.,* Ein allgemeines Psychopathengesetz, eine vorbeugende Maßregel wider antisoziale Handlungen. Psych. en neurolog. Bl. Vol. 19, p. 484.
20. *Diller, Theodore* (Pittsburgh), Loss of memory alleged by murderers. Journ. of nerv. and mental dis. Vol. 42, Nr. 2, p. 73.
21. *Durand, Arthur*, Ein Beitrag zur Kasuistik der hypnotischen Strafrechtsfälle. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br.
22. *Engelen*, Untersuchungsschema für Unfallneurosen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 18. (S. 43*.)
23. *Engelen* und *Rangette*, Methodik der Assoziationsversuche bei Unfallneurosen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 20. (S. 43*.)
24. *Engelen* und *Rangette* (Düsseldorf), Das Aufgabebewußtsein bei Simulation. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 23, S. 265. (S. 43*.)
25. *Engelen* und *Rangette* (Düsseldorf), Nachweis von Rentenbegehrungen durch das Assoziationsexperiment. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 21. (S. 43*.)
26. *Fehlinger, H.* (München), Die *Mendel*schen Vererbungsgesetze und ihre Bedeutung für die Kriminalistik. Groß' Archiv Bd. 61, S. 180.
27. *Fehlinger, H.* (München), Sterilisation von Verbrechern usw. in den Vereinigten Staaten von Nordamerika. Groß' Archiv Bd. 61, S. 285.
28. *Flatau, Georg* (Berlin), Zur Kenntnis des Exhibitionismus. Med. Klin. Nr. 35.
29. *Frerich, Heinrich*, Beitrag zur forensischen Beurteilung der Melancholie. Inaug.-Diss. Kiel.
30. *Fricke, Winfried*, Ein neuer Versuch zur Psychologie der Aussage. Aussageuntersuchungen nach kinematographischen Vorführungen. Inaug.-Diss. Leipzig.
31. *Friedrich, Jul.*, Die Bedeutung der Psychologie für die Bekämpfung der Verbrechen. Hannover, Helwing. 152 S. 4 M.
32. *Fritsch, Gustav*, Das angeblich dritte Geschlecht beim Menschen. Arch. f. Sexualforschg. Bd. 1, H. 2.

33. *Gaedeken*, *Paul*, Sexualverbrechen und Jahreszeit. Arch. f. Sexualforschg. Bd. 1, H. 2.

34. *Geipel*, *P.* (Dresden), Tod als Unfallfolge zehn Jahre nach Schädeltrauma. Ärztl. Sachverständ.-Ztg. Nr. 15, S. 169. (S. 44*.)

35. *Göring*, *M. H.* Die Gemeingefährlichkeit in psychiatrischer, juristischer und soziologischer Beziehung. Berlin, Julius Springer. 149 S. M. 7. (S. 40*.)

36. *Gotthold*, *G.* (Frankfurt a. M.), Tätowierung bei Geisteskranken, Normalen und Kriminellen. Klin. f. psychische Krankh. Bd. 9, H. 3.

37. *Hellwig*, *A.*, Aberglaube und Zurechnungsfähigkeit. Mtschr. f. krim. Psych. II. Jahrg., H. 7, S. 379. (S. 43*.)

38. *Hellwig*, *A.*, Zur Geschichte der Aussagepsychologie. Mtschr. f. krim. Psych. II. Jahrg., 8. H, S. 463. (S. 41*.)

39. *Hellwig*, *Albert*, Schlafende und geisteskranke Richter. Mtschr. f. krim. Psych., II. Jahrg., H. 9 u. 10, S. 529. (S. 40*.)

40. *Hoffarth*, *Josef*, Die gemeingefährlichen Geisteskranken. Inaug.-Diss. (jur.) Gießen.

41. *Horn*, *P.* (Bonn), Über die neuere Rechtsprechung bei Unfallneurosen. Berlin, R. Schoetz. 40 S. (S. 43*.)

42. *Horn*, *P.* (Bonn), Zur Begutachtung nervöser Unfallfolgen. München. med. Wschr. Nr. 51, S. 1745.

43. *Horn*, *P.* (Bonn), Über den Zusammenhang zwischen Nervenleiden nach Unfall und Arteriosklerose. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen Jahrg. 22, Nr. 1. (S 44*.)

44. *Jolly*, *Ph.* (Halle a. S.), Über die Dienstfähigkeit und Rentenfrage bei nervenkranken Soldaten. München. med. Wschr. Nr. 50, S. 1714. (S. 45*.)

45. *Kalmus*, *Ernst* (Prag), Ein geisteskranker Dokumentenfälscher. Groß' Archiv Bd. 64, S. 271. (S. 41*.)

46. *Karman*, *E. von* (Budapest). Ein Schema zur Psychologie der Zeugenaussagen. Groß' Archiv Bd. 61, H. 2, S. 167.

47. *Kastan*, *Max* (Königsberg), Forensisch-psychiatrische Beobachtungen an Angehörigen des Feldheeres. D. med. Wschr. Nr. 25, S. 734. (S. 45*.)

48. Kasuistische Mitteilungen I—V. aus der Kgl. Psychiatrischen



u. Nervenklinik der Charité in Berlin. Cf. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, H. 3, S. 162.

49. *Kaufmann*, *C.* (Zürich), Handbuch der Unfallmedizin, 3. Aufl., Bd. 2: Unfallerkrankungen; Unfalltodesfälle. Stuttgart, Ferd. Enke. 613 S. — 18,40 M.

50. *Kellner*, *Alb.* (Chemnitz), Über Selbstmord vom ärztlichen und anthropologischen Standpunkt. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 29, H. 3 u. 4, S. 288.

51. *Knapp, P. C.* (Boston), Criminal responsability. Journ. of criminal law and criminology Vol. 6, Nr. 4.

52. *Kronfeld, Arthur* (Dalldorf), Über die logische Stellung der Kriminologie zur Psychopathologie. Mit besonderer Berücksichtigung des sogenannten moralischen Schwachsinns. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 72, H. 1, S. 1.

53. *Kürbitz*, *W.*, Der Kindsmord und seine forensische Bedeutung. Arch. f. Kriminalanthropol. u. Kriminalistik Bd. 60, S. 278.

54. *Kuhlgatz, Wilhelm*, Selbstmord und Verbrechen bei Melancholie nach den in den Jahren 1901—1905 stattgehabten Aufnahmen. Inaug.-Diss. Kiel.

55. *Lazar*, *Erwin*, Die nosologische und kriminologische Bedeutung des Elternkonfliktes der Jugendlichen. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 11, H. 5 u. 6.

56. *Leppmann*, *A.* (Berlin), Psychiatrische und nervenärztliche Sachverständigentätigkeit im Kriege. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildg. Nr. 22.

57. *Levy-Suhl*, *Max*, Der Zweck der Strafe in der Auffassung jugendlicher Angeklagter. Zeitschr. f. angew. Psychol. Bd. 9, S. 245.

58. *Lieske*, *Hans*, Die geminderte Zurechnungsfähigkeit nach dem neuesten Stand der Strafgesetzreform. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Vol. 21, p. 247.

59. *Mac Donald, Art.* (Washington), Principels of criminal anthropology. Alienist and neurolog. Vol. 36, Nr. 1, p. 1.

60. *Marcuse, Max* (Berlin), Vom Inzest. Jur.-psychiatr. Grenzfr. Bd. 10, H. 3—4. Halle, C. Marhold. 84 S. — 2 M. (S. 43*.)

61. *Marcuse*, *Max* (Berlin), Ein Fall von Geschlechtsumwand-



lungstrieb. Zeitschr. f. Psychother. u. Psychol. Bd. 6, H. 3—4, S. 176.

62. *Marini*, *Bianchi*, Epilessia, criminalità, alcoolismo. Archiv. di antropol. criminale. Vol. 4 (1914). Ref. Meißner: Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 8, S. 89.

63. *Mettgenberg, W.*, Die Entlassung geisteskranker Gefangener aus der Strafhaft. Zeitschr. f. d. ges. Strafrechtswissensch. Bd. 36, S. 544.

64. *Meyer von Schauensee*, Über die Bedeutung des anatomisch-pathologischen Elementes für die Diagnose der Geisteskrankheit, speziell mit Rücksicht auf die Handlungsfähigkeit der Apoplektiker. Mtschr. f. krim. Psych. II. Jahrg. H. 7, S. 383. (S. 40*.)

65. *Moeli*, *C.* (Berlin), Weitere Bemerkungen über die Rechtsverhältnisse der in Anstalten gelangten Geisteskranken in Preußen. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform, Jahrg. XI (Nachtrag zum Aufsatz in. Nr. 26, S. 1913, Jahrg. 1913 derselben Zeitschrift). (S 42*.)

66. *Moeli*, *C.*, Die Fürsorge für Geisteskranke und geistig Abnorme nach den gesetzlichen Vorschriften, Ministerialerlassen, behördlichen Verordnungen und der Rechtsprechung. Ein Handbuch für Ärzte und Verwaltungsbeamte. Halle a. S., C. Marhold. 212 S. — 7,50 M.

67. *Mönkemöller* (Langenhagen), Zur forensischen Wertung der Simulation psychischer Krankheiten. Groß' Archiv Bd. 63, H. 2—3. (S. 40*.)

68. *Möring, Guido*, Ein Beitrag zur forensischen Bedeutung der Depressionszustände. Inaug.-Diss. 1914. Kiel. (S. 41*.)

69. *Moses, Julius*, Die Ausprägung der weiblichen Sonderart und Sexualität in der Psychologie verwahrloster und krimineller Mädchen. Arch. f. Sexualforschg. Bd. 1, H. 2.

70. *Moyle*, *H. B.* (Brookline), A study in social maladjustment. American. journ. of insanity Vol. 72, Nr. 2, p. 275.

71. *Patschke, Franz* (Nikolassee), Über arteriosklerotische Psychosen in gerichtlicher Beziehung. Zeitschr. f. ger. Med. u. öffentl. Sanitätsw. Bd. 50, H. 2, S. 206. (S. 40*.)

72. *Pick, A.* (Prag), Zur Psychologie der „Eigenbeziehung". Zeitschr. f. Pathopsychol. Bd. 3, H. 2.

73. *Placzek*, (Berlin), Selbstmordverdacht und Selbstmordverhütung. Leipzig, G. Thieme. 272 S. — 6 M.

74. *Prasse, Erich*, Zur strafrechtlichen Beurteilung des alkoholischen Eifersuchtswahns. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 41*.)

75. *Reckauf, H.*, Motiviertes Gutachten über den „Lustmörder" Max Dietze. Groß' Archiv Bd. 64, H. 3 u. 4.

76. *Reichel, Hans*, Zur Pseudologia phantastica. Groß' Archiv Bd. 62, H. 2 u. 3.

77. *Richter* (Wesel), Die Frage der Dienstfähigkeit und Zurechnungsfähigkeit bei den erethischen Formen des angeborenen Schwachsinns. D. militärärztl. Zeitschr. H. 1 u. 2.

78. *Rittershaus, E. L. Joh.* (Hamburg), Kriegsbeschädigungen des Zentralnervensystems und soziale Fürsorge. München. med. Wschr. Nr. 36, S. 1225.

79. *Rixen, P.*, Zur Frage der Anrechnnng des Irrenhausaufenthaltes auf die Strafzeit. Zeitschr. f. d. ges. Strafrechtswesen Bd. 36, S. 703. (S. 42*.)

80. *Rosanoff, A. I.* (Kings Park, N. Y.), A study of eugenic forces. Particularly on social conditions which bring about the segregation of neuropathic persons in special institutions. American journ. of insanity Vol. 72, Nr. 2, p. 223.

81. *Rupprecht*, Landgerichtsrat (München), Alkohol und Verbrechen. Die Alkoholfrage Jahrg. 11, Nr. 2, S. 109.

82. *Rupprecht, K.* (Landgerichtsrat in München), Die Alkoholkriminalität in Bayern im Jahre 1913. München. med. Wschr. Nr. 5, S. 152.

83. *Schneider, Kurt*, Die Kindheit der Prostituierten. Festschr. z. Feier d. 10jähr. Bestehens der Akad. f. prakt. Med. in Köln. Bonn, Markus & Weber.

84. *Schuurmans Stekhoven, J. H.*, Unsere Irrengesetzgebung (Holland). Psych. en neurolog. Bladen Vol. 19, p. 550.

85. *Slingenberg, J.*, Über die forensische Bedeutung des Krieges. Verslag psyciatr. jurid. Gezelschap. 27. März.

86. *Smith, Samuel E.* (Richmond, Ind.), On the relation of



psychiatry to the State. American journ. of insanity Vol. 72, Nr. 1, p. 1.

87. *Smith-Williams*, *H.*, Eugenics, euthenics and love — how go they hand in hand. Santa Rosa, Cal. Luther Burbank Soc.

88. *Straßmann*, Schädelverletzung oder Trunkenheit? Med. Klin. Nr. 24. (S. 41*.)

89. *Thumm*, *M.* (München), Beitrag zur Kasuistik der Heimwehdelikte. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 28, H. 1, S. 80. (S. 41*.)

90. *Tintemann*, *W.*, Das Provinzial-Verwahrungshaus zu Göttingen und seine Insassen in den ersten 5. Jahren seines Bestehens. Mtschr. f. krim. Psych. II. Jahrg., 8. H., S. 427. (S. 42*.)

91. *Többen*, *Heinr.* (Münster), Über die individualisierende Behandlung der vermindert Zurechnungsfähigen im Strafvollzug. Zeitschr. f. Medizinalbeamte Nr. 6. (S. 42*.)

92. *Türkel, Siegfried*, Die Zurechnungsfähigkeit. Leipzig u. Wien, Franz Deuticke. 93 S. (S. 40*.)

93. *Türkel*, *S.*, Ein interessanter Fall von Schlaftrunkenheit. H. Groß' Arch. Bd. 61, H. 2, S. 186. (S. 43*.)

94. *Valtorta, Dario* (Como), In causa di furto qualificato: duplice omicidio premeditato, incendio, calumnia. Il Manicomio 29. Ann., Nr. 1—3.

95. *Vogt*, *Adolf*, Über hysterische Psychosen und ihre forensische Beurteilung. Inaug.-Diss. Kiel.

96. *Wassermeyer*, *M.* (Bonn), Übersicht über die in der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel in den Jahren 1901—1910 einschließl. behandelten und begutachteten Marineangehörigen. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 3, S. 713.

97. *Weber*, *L. W.* (Chemnitz), Zur psychologischen Beurteilung der Zeugenaussagen. Vierteljschr. f. ges. Med. u. öffentl. Sanitätsw. Bd. 50, H. 1, S. 73. (S. 39*.)

98. *Weber*, *L. W.*, Wundinfektion als Unfall und progressive Paralyse. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 13. (S. 43*.)

99. *Welsch*, Ein Fall von Diebstahl aus Gegenstandsfetischismus. Groß' Archiv Bd. 62, H. 2/3. (S. 43*.)



100. *Werthauer*, *Fritz* (Berlin), Über Sittlichkeitsverbrechen. Zeitschr. f. Sexualwissensch. II, H. 1.

101. *Westphal*, *A.*, u. *Hübner*, *A. H.* (Bonn), Über nervöse und psychische Erkrankungen im Kriege. II. *A. H. Hübner*: Sachverständigentätigkeit. Med. Klin. Nr. 14 u. 15, S. 381 u. 414.

102. *Weyert* (Posen), Militär-psychiatrische Beobachtungen und Erfahrungen. Sammlung zwangl. Abh. aus dem Geb. d. Nerven- u. Geisteskrankh. Bd. 11, H. 2/4. Halle, C. Marhold. 145 S. — 3,60 M. (S. 44*.)

103. *Weygandt*, *W.* (Hamburg), Psychische Störungen bei Soldaten. (Ärztl. V. Hamburg, Sitzg. v. 12. I. 15.) Ref.: D. med. Wschr. Nr. 23, S. 694.

104. *Weygandt*, *W.* (Hamburg), Kriegspsychiatrische Begutachtungen. München. med. Wschr. Nr. 37, S. 1257, desgl. Vortrag Wandervers. südwestd. Neurolog. u. Irrenärzte, Baden-Baden, 22./23. Mai 1915. Eigenbericht: Psych.-neurol-Wschr. Nr. 37/38, S. 216.

105. *Williams*, *Tom A.* (Washington, D. C.), The prevention of suicide. American journ. of insanity Vol. 71, Nr. 3, p. 559.

I.

L. W. Weber (97) betont mit Recht, daß der psychiatrische Gutachter im allgemeinen in seinen Äußerungen nicht über sein Fachgebiet hinausgehen soll, daß es aber doch gelegentlich erwünscht sein kann, daß er sich auch dann über die Psyche eines Prozeßbeteiligten äußert, wenn es sich nicht um Fragen aus der Psychiatrie, sondern aus der Psychologie handelt. Er muß dabei nur hervorheben, daß seine Ausführungen sich nicht auf seine Fachkunde, sondern auf seine allgemeinärztliche Erfahrung stützen. Es empfiehlt sich nicht, die Beantwortung derartiger Fragen abzulehnen, wenn sie gelegentlich vom Gericht gestellt werden. Damit würde man nur dem psychologischen Kurpfuschertum, wie es jetzt auf dem Boden der *Freud*schen Schule üppig wuchert, in die Hände arbeiten, und weder dem Richter noch dem Arzt oder der Rechtsfindung wäre damit gedient. An einem Beispiel von sexueller Anschuldigung eines Dienstmädchens gegen ihren Dienstherrn zeigt er dann in mustergültiger Weise, wie der Arzt, speziell als Psychiater, sich über die Zeugeneigenschaften normaler Menschen äußern kann, ohne die seiner Gutachtertätigkeit gezogenen Grenzen zu verletzen. Schlicht und klar setzt er dem Gericht auseinander, welche Momente die Zeugenaussagen der Altersklasse beeinflussen können, welcher die Zeugin angehörte, und welche



Umstände in dem besonderen, ihm vorgelegten Falle ihn als Mensch und Arzt bestimmen mußten, die Glaubwürdigkeit der Zeugin in Zweifel zu ziehen.

Hellwig (39.) bekämpft die Ansicht des Reichsgerichts, daß ein Geschworenenurteil auch dann nicht anfechtbar wäre, wenn einer der Geschworenen während der Verhandlung nachweislich geschlafen hätte. Es genügte nicht, daß der Richter anwesend sei, er müßte sich auch in einem Geisteszustande befinden, der ihm gestatte, mit voller Aufmerksamkeit der Verhandlung zu folgen. Demnach sei auch ein geisteskranker Richter abzulehnen und ein Gericht nicht als vollbesetzt anzusehen, wenn einer der Richter bewußtlos oder in seiner Geistestätigkeit so gestört sei, daß er der Verhandlung nicht folgen könnte.

Der Begriff, die Ursache und die verschiedenen Arten der Gemeingefährlichkeit werden von *Göring* (35) in einer gründlichen Arbeit erläutert und die Möglichkeiten ihrer Bekämpfung nach dem geltenden und künftigen Recht erörtert. Das komplizierte Thema, welches dem Gerichtsarzt oft große Schwierigkeiten in der praktischen Tätigkeit macht, wird vom juristischen und medizinischen Standpunkte aus eingehend untersucht, an der Hand praktischer Beispiele werden dem Leser die verschiedenen Arten der Gemeingefährlichkeit — auch der geistesgesunden Verbrecher — vor Augen geführt und zum Schluß werden die verschiedenen Maßnahmen zur Behandlung und Bekämpfung der Gemeingefährlichkeit aufgeführt und auf ihre Wirksamkeit untersucht. Ein sehr fleißiges und für den Praktiker und Wissenschaftler gleich lehrreiches Werkchen.

Ein anderes wichtiges Problem, das der Zurechnungsfähigkeit behandelt *Türkel* (92), der schon mehrfach in Arbeiten darüber hervorgetreten ist. In drei Kapiteln beschäftigt er sich mit den medizinischen, strafrechtlichen und philosophischen Problemen der Zurechnungsfähigkeit im allgemeinen, ferner mit der geschichtlichen Darstellung der die Zurechnungsfähigkeit regelnden Bestimmungen der österreichischen Strafgesetzgebung und kritisiert im letzten hauptsächlich die Zurechnungsfähigkeit der Paranoiker.

Die gerichtsärztliche Bedeutung der arteriosklerotischen Psychosen, deren Klinik in den letzten Jahren so erheblich gefördert ist, bespricht *Patschke* (71) in einer kurzen Arbeit. Geschäftsfähigkeit, Entmündigung und Testierfähigkeit der Arteriosklerotiker, ihr Eherecht, ihre Verantwortlichkeit in Haftpflicht- und Unfallprozessen wird eingehend geschildert und ebenso der Einfluß dieser Krankheitsform auf die Zurechnungs-, Zeugnis-, Verhandlungs- und Strafvollzugsfähigkeit.

Meyer von Schauensee (64) macht an der Hand eines *v. Monakow*schen-Gutachtens wiederum darauf aufmerksam, daß die Tatsache eines Schlaganfalles nicht genügt, die Handlungsfähigkeit eines Apoplektikers in Frage zu ziehen.

Eine große Zahl von Simulanten geistiger Gebrechen schildert *Mönkemöller* (67) in seiner bekannten, frischen, humorvollen Art. Auf Einzelheiten der wichtigen, umfangreichen Arbeit einzugehen, verbietet leider der Raum.



Jeder Gerichtsarzt sollte sie aber eingehend studieren, denn die vielen Beispiele sind für die Praxis von großem Wert.

Straßmann (88) schildert einen der nicht seltenen Fälle, in denen ein Schwerverletzter (Schädelbruch nach Sturz vom Rade) vom Arzt der Unfallstation als Betrunkener behandelt war. Gegen den Arzt wurden Schadenersatzansprüche geltend gemacht. *Str.* kommt zu dem Gutachten, daß das Verhalten des Arztes nicht korrekt gewesen, aber angesichts der Schwere der Verletzung auch ohne Einfluß auf den bald erfolgten Tod des Verletzten geblieben wäre.

Prasses (74) Dissertation aus der Kieler Klinik hat einen Fall von alkoholischem Eifersuchtswahn als Grundlage. Es handelt sich um einen trunksüchtigen Weichensteller, der seine Frau erschießen wollte. Alkoholische Demenz lag nicht vor, pathologischer Rausch und eigentliche krankhafte Wahnbildung auch nicht. Die Eifersucht war nur die Folge moralischer Degeneration. Das Gutachten konnte demnach sich nicht für die Anwendung des § 51 aussprechen.

Kalmus (45) schildert den Fall eines geisteskranken Dokumentenfälschers (Paranoikers), dessen Krankheit erst sehr spät erkannt wurde.

Thumm (89) bringt ein Gutachten über eine etwas psychopathische 14 jährige, welche mehrfach Diebstähle und zuletzt 2 Brandstiftungen aus Heimweh begangen hatte. Das Gutachten lautete: zurechnungsfähig im Sinne des § 51, aber ohne Einsicht im Sinne des § 56 St.-G.-B. Freispruch.

Möring (68) schildert 2 Fälle von Familienmord und 2 Fälle von militärischen Vergehen (Fahnenflucht, Entziehung vom Dienst) infolge transitorischer Depressionszustände bei Entarteten, Neurasthenischen, Imbezillen und echter Melancholie.

Hellwig (38) macht darauf aufmerksam, daß die moderne Aussagepsychologie nur die wissenschaftliche Grundlage für Erfahrungen und Kenntnisse auf diesem Gebiete geliefert hat, welche schon lange bekannt und nur in Vergessenheit geraten waren.

Für das Kapitel von der Zeugenaussage ist auch die meisterhafte Darstellung der sexuellen Falschbeschuldigungen der Hysterischen durch *Karl Birnbaum* (6) besonders lehrreich. Er setzt zunächst auseinander, daß die Gedankenverbindung: sexuelle Falschbeschuldigung — Hysterie ihren Grund in der pathologischen Wesensart der Hysterischen hat, namentlich in der Labilität ihres Vorstellungslebens und phantastischen Erregbarkeit sowie der Egozentrizität. Zwei verschiedene Grundlagen gibt es für diese hysterischen Falschbezichtigungen, bei den einen ist der hysterische Charakter der Grund- und Dauerzustand, welcher die Basis für die geistigen Prozesse abgibt, bei den anderen sind es psychotische Ausnahmezustände, also vorübergehende krankhafte Episoden. Außerdem gibt es noch Übergangsformen, welche zwischen beiden die Mitte halten. Neben den hysterischen Momenten spielen noch disponierende Faktoren beim Zustandekommen der sexuellen Falschbeschuldigungen eine Rolle, welche nicht

krankhaft sind, z. B. die weibliche Geschlechtsartung, das jugendliche und besonders das Pubertätsalter. Die soziale Bedeutung der Falschbeschuldigungen der Hysterischen und die Aufgaben, welche der Kriminalpsychologie und Kriminalistik durch sie erwachsen, sind recht bedeutend, und dem Gutachter können bedeutende Schwierigkeiten bei der Beurteilung des Geisteszustandes der Täterinnen, denn um solche handelt es sich fast ausschließlich, entstehen. Den selteneren Selbstbezichtigungen liegen dieselben krankhaften Motive zugrunde, wie den gegen andere vorgebrachten.

Die *Bürger*schen (13) Arbeiten aus dem Gebiete der gerichtlichen und versicherungsrechtlichen Medizin bringen zahlreiche interessante Einzelfälle, z. T. mit Rechtsprechung aus den verschiedensten Gebieten der Medizin.

II.

Eine sehr wichtige Zusammenstellung von Urteilen der höheren Gerichte über die Rechtsgültigkeit der Strafunterbrechung beim Verfall eines Strafgefangenen in Geisteskrankheit bringt *Rixen* (79), dessen vorjährige Abhandlung über das gleiche Thema im vorigen Bericht besprochen ist. Er zeigt, daß die Rechtsprechung der Gerichte in diesem Punkte keineswegs einheitlich ist. Sicher ist, daß ohne ausdrückliche Verfügung derjenigen Staatsanwaltschaft, der die Strafvollstreckung obliegt, keine Unterbrechung der Strafe stattfinden kann.

Többen (91) ist im Gegensatz zu *Wilmanns* der Ansicht, daß eine individualisierende Behandlung der vermindert Zurechnungsfähigen im Strafvollzuge sehr wohl möglich sei, auch ohne durchgreifende Änderung der geltenden Bestimmungen über den Strafvollzug.

Moeli (65) bespricht eine neue Entscheidung des Oberverwaltungsgerichtes (Entsch. 65. 261 ff. vom 29. 9. 13), nach welcher die Entlassung der polizeilich in Irrenanstalten eingewiesenen Kranken nicht von der Entscheidung des Landesdirektoriums, sondern von der Entschließung der einweisenden Polizeibehörde abhängig ist.

Tintemann (90) gibt einen interessanten Überblick über die ersten 5 Jahre des Bestehens des Provinzialverwahrungshauses zu Göttingen. Das Haus, nach einfachem klaren Grundriß und sehr fest erbaut, hat sich durchaus bewährt, nur einige schallsichere Einzelzimmer wären bei einem Neubau noch einzubauen. Bei der Aufnahme neuer Kranken muß man streng daran festhalten, daß nur insoziale Geisteskranke, und zwar solche, welche bewußt unsoziale Handlungen begehen, aufgenommen werden. Die kriminelle Vergangenheit spielt daneben nicht die Hauptrolle. 20% der Insassen waren nicht vorbestraft, 12% waren in Fürsorgeerziehung gewesen, 27 waren Zuchthäusler und 23% Vagabunden. Unter den Krankheitsformen nehmen paranoide und Haftpsychosen sowie der Schwachsinn die vorderste Stelle ein. Von 54 Kranken, welche in den 5 Jahren entlassen wurden, haben sich 10 in der Freiheit gehalten, alle übrigen sind wieder in Strafanstalten oder Irrenhäusern gestrandet.



III.

Ein interessanter, nicht krimineller Fall von Bewußtseinsstörung infolge Schlaftrunkenheit wird von *Türkel* (93) berichtet. Ein Rechtsanwalt befand sich mit seiner Frau auf der Hochzeitsreise. Die Frau verließ am Morgen zeitig das Bett und das Zimmer. Der Anwalt erwachte von dem Geräusch und versperrte, ohne die Situation zu erkennen, die Tür. Als seine Frau zurückkam und klopfte, öffnete er die Tür, ließ die Frau aber nicht herein, sondern sprach längere Zeit mit ihr als einer Fremden. Erst als die Frau erschreckt äußerte, er sei wohl verrückt geworden, kam er zum Bewußtsein. Der Mann war alkoholabstinent und hatte nie solche Anfälle gehabt.

Boas (7) kritisiert einige Fälle von Warenhausdiebinnen der Litteratur, und *Welsch* (99) bringt einen Fall sexueller Erregung an Frauenunterhosen, welche zum Diebstahl geführt hat.

Hellwig (37) gibt einen älteren Fall von Totschlag aus Aberglauben wieder und knüpft daran die berechtigte Forderung, daß ein noch so felsenfester Aberglaube kein Ausschließungsgrund im Sinne des § 51 ist. Dazu ist unbedingt der Nachweis erforderlich, daß der Täter zur Zeit der Tat geisteskrank war.

Marcuses (60) Arbeit über den Inzest bringt eine umfassende Wiedergabe aller geschichtlichen und rassehygienischen Untersuchungen über die Blutschande, die krankhaften und sozialen Ursachen dieses Verbrechens und die Strafgesetzgebung darüber.

IV.

Engelen (22) beklagt die Tatsache, daß die ärztlichen Gutachten, namentlich die über traumatische Neurosen, sehr oft jeden oder wenigstens jeden brauchbaren objektiven Untersuchungsbefund vermissen lassen. Die Entwickelung des Leidens, Verschlimmerungen und Besserungen lassen sich dann später nicht mehr feststellen. Er hält die Einführung eines Untersuchungsschemas für Unfallneurosen, am besten für alle Unfallbegutachtungen durch die Versicherungsgesellschaften, Berufsgenossenschaften und Behörden für notwendig. Er hat ein Schema entworfen, das Richard Schoetz verlegt. Weitere Arbeiten von *Engelen* und *Rangette* (23) (24) (25) beschäftigen sich mit der experimentalpsychologischen Untersuchung von Unfallverletzten, Rentensüchtigen und Simulanten und ihre Methodik. Die Untersuchungsergebnisse sind nach *Engelen* beachtenswert und zuverlässig.

L. W. Weber (98) nahm in einem Falle von Paralyse nach Wundinfektion an der Hand einen Zusammenhang zwischen Paralyse und der als Unfall anerkannten Infektion in dem Sinne an, daß die Paralyse bei dem zweifellos syphilitischen Manne (*Wassermann* +, Optikusatrophie, Chorioretinitis) durch die Infektion im Verlauf beschleunigt sei. Den Anteil des Unfalls an der Verschlimmerung schätzte er auf 10%.

Paul Horn (41), als Verfasser zahlreicher guter Arbeiten aus der Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin bekannt, hat ein kleines Werk über die neuere Rechtsprechung bei Unfallneurosen erscheinen lassen, von



dem er hofft, daß es eine bestehende Lücke ausfüllen und manche Unklarheiten beseitigen wird. Es ist zweifellos, daß es für den Kranken besser ist, wenn der Arzt, der ihn behandelt, mit der Rechtsprechung der Gerichte vertraut ist und ihn von vornherein über die Aussichten seiner Schadenersatzansprüche richtig informiert, als wenn er in ihm durch zu weites Entgegenkommen unbegründete Befürchtungs- und Begehrungsvorstellungen erweckt. Diese Aufgabe, den Arzt gewissenhaft zu informieren, erfüllt das kleine Schriftchen bei seiner nachahmenswerten Kürze in vollem Umfange. *Horn* erörtert zunächst die Heilungsaussichten und die Frage der Simulation bei den nervösen Erkrankungen Rentenbegehrender, dann die Bestimmungen des Reichshaftpflichtgesetzes und der gewerblichen Unfallversicherung und die Stellungnahme des Reichsgerichts und anderer Gerichte zu dieser Gesetzgebung in bestimmten Fällen. Besonders gut ist die Darstellung der Sinnesänderung dieser Gerichte in ihrer neueren Spruchpraxis den älteren Entscheidungen gegenüber, welche wohl im wesentlichen auf die zahlreichen, guten, ärztlichen Arbeiten auf dem Gebiet der Versicherungsmedizin zurückzuführen ist. Sie haben die ganze Unfallbegutachtung auf eine festere Basis gestellt und verhindern, daß wie früher der Haftpflichtige den Unfallansprüchen der Verletzten machtlos ausgeliefert wird. Hier sei auch noch auf eine zweite Arbeit von *Horn* (43) verwiesen, welche in sehr gründlicher und klarer Form den Zusammenhang von Nervenleiden nach Unfällen und Arteriosklerose behandelt.

Einen anderen sehr interessanten und auch durch den Sektionsbefund erhärteten Fall von Arteriosklerose der Gehirngefäße nach Schädeltrauma beschreibt *Geipel* (34). Ein Werkmeister, der als 36 jähriger Mann einen Schädelbruch mit Gehirnerschütterung erlitten hatte, starb 9 Jahre später an Gehirnerweichung infolge Thrombose der rechten Arteria fossae Sylvii. Bei der Sektion fanden sich alte, auf den Unfall direkt zurückzuführende Veränderungen am Schädel, den Hirnhäuten und am Gehirn und daneben jüngere: Thrombose und Aneurysmabildung. Außer diesen Gefäßveränderungen an der Stelle der Verletzung fanden sich am Gefäßsystem keine arteriosklerotischen Erkrankungen. Zusammenhang zwischen Tod und Unfall wurde angenommen. Interessant ist besonders die lokalisierte Erkrankung der Gefäße an der durch den Unfall verletzten Stelle des Schädels und seines Inhalts und die Entwickelung des Leidens in fast 10 Jahren.

V.

Naturgemäß hat auch im Berichtsjahre die Beschäftigung der Ärzte mit der Militärpsychiatrie angehalten. Es liegen zahlreiche gute Arbeiten darüber vor. Eine eingehende und trotz der Kleinheit des Materials (106 Kranke) sehr beachtenswerte Arbeit bringt *Weyert* (102) in Marholds zwanglosen Abhandlungen. Es sind Beobachtungen aus der Friedenszeit, die in der Beobachtungsstation zu Posen gemacht sind. Alle Krankheitsformen werden in ihren Beziehungen zum Militärdienst eingehend geschildert. *Jolly*



44) behandelt die Frage der Dienstfähigkeit und der Rentenfrage bei nervenkranken Soldaten, insbesondere bei verwundeten Feldzugsteilnehmern, und *Kastan* (47) berichtet über forensisch-psychiatrische Beobachtungen an 521 Angehörigen des Feldheeres.

---

3. Funktionelle Psychosen.

Ref. Umpfenbach-Bonn.

1. *Alt, Konrad* (Uchtspringe), Im deutschen Heere während des Krieges aufgetretene psychische Störungen und ihre Behandlung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1915, Nr. 11 u. 12.
2. *Benders, A. M.,* Präsenium und Psychose. Ned. Tijdschr. van Geneesk. 59 (I), S. 1591.
3. *Berger, Hans* (Jena), Trauma und Psychose, mit besonderer Berücksichtigung der Unfallbegutachtung. Berlin, Julius Springer. 208 S.
4. *Berghäuser, Wilhelm,* Die Darstellung des Wahnsinns in englischen Dramen bis Ende des 18. Jahrhunderts. Inaug.-Diss. Gießen.
5. *Berckley*, Psychoses of the high-imbecils. Bull. of the John Hopkins Hospit. September.
6. *Bickel, Heinrich* (Bonn), Zur Pathogenese der im Kriege auftretenden psychischen Störungen. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 34, S. 117.
7. *Biller, Otto,* Über die Wirkung des Adrenalins auf das Gefäßsystem Geisteskranker mit besonderer Berücksichtigung der Dementia praecox. Inaug.-Diss. Bonn.
8. *Birnbaum, Karl* (Berlin-Buch), Kriegsneurosen und -Psychosen auf Grund der gegenwärtigen Kriegsbeobachtungen. Sammelbericht. Erste Zusammenstellung vom Kriegsbeginn bis Mitte März 1915. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie. Referate und Ergebnisse Bd. 11, S. 321.
9. *Birnbaum*, Dasselbe. Zweite Zusammenstellung von März bis Mitte August 1915. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie. Referate und Ergebnisse Bd. 12, S. 1.



10. *Birnbaum, Karl*, Pathologische Überwertigkeit und Wahnbildung. Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie Bd. 37, S. 39 u. 127.
11. *Birnbaum, Karl,* Zur Paranoiafrage. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie, Orig.-Bd. 29, S. 305. (S. 56*.)
12. *Bleuler, E.* (Burghölzli), Senile Psychosen. Korrespendenzbl. f. Schweizer Ärzte, Nr. 1.
13. *Bonhoeffer, Karl* (Berlin), Psychiatrisches zum Krieg. Zeitschr. f. ärztliche Fortbildung 1915, Nr. 1.
14. *Bonhoeffer, Karl* (Berlin), Die Differentialdiagnose der Hysterie und psychopathischen Konstitution gegenüber der Hebephrenie im Felde. Med. Klinik 11, S. 877. (S. 58*.)
15. *Borchard, Ludwig* (Berlin), Ungewöhnlicher Symptomenkomplex bei einem Fall von symptomatischer Psychose. Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie Bd. 37, S. 116.
16. *Boven, William* (Asile de Cery), Similarité et Mendélisme dans l'hérédité de la démence précoce et de la folie maniaque-dépressive. Thèse de Lausanne. Vevey, Säuberlin et Pfeiffer. S.-A. 247 S.
17. *Breiger, E.* (Berlin), Die körperlichen Frühsymptome der Dementia praecox. Med. Klinik 11, S. 104. (S. 58*.)
18. *Brodsky, E. S.*, Symptomatische Psychosen renalen Ursprungs. Med. Record. New York 88, Nr. 21.
19. *Brown, Sanger*, Chronicity and deterioration in manic-depressive cases. American Journal of Insanity Vol. 70, p. 767. (S. 56*.)
20. *Brüggemann, Heinrich* (Oberhausen, Rhld.), Kasuistischer Beitrag zur Lehre vom Querulantenwahnsinn. Inaug.-Diss. Kiel.
21. *Burchard, Ernst* (Berlin), Adalin als erstes Beruhigungsmittel bei Erregungszuständen Verletzter. Therapie der Gegenwart Nr. 8.
22. *Buschan, Harry* (Stettin), Über Kriegspsychosen. Mediz. Klin. 1914, Nr. 42.
23. *Charon, R.*, et *P. Courbon* (Amiens), Influence du milieu et du travail sur les stéréotypes. Nouv. Iconogr. de la Salpêtr. 1914, Nr. 2.
24. *Cotton*, Fatty degeneration of the cerebral cortex in the psy-



choses, with spec. ref. to dementia praecox. Journ. of exper. Med. 22, No. 4.

25. *Cuneo, Gerolamo* (Genua), Psicosi maniaco-depressiva prodotta da ritenzione di azoto con successiva autointossicazione ammoniacale per insufficienza della funzione ureogenica. Rivista speriment. di Freniatria Vol. 40, Fasc. 1—3.

26. *Cuneo, Gerolamo* (Genua), L'eliminazione dell' azoto e dell' acido urico in stati di eccitamento e di stupore. Archivio di Psichiatria ecc. „Il Manicomio" Anno 29, Fasc. 1—3.

27. *Davis*, Mastoidectomy in Dementia praecox with improvement. Annal. of otol. 23, No. 3.

28. *Dimitz, L.*, und *Fries*, Die Anwendung des *Abderhalden*schen Dialysierverfahrens auf psychiatrischem und neurologischem Gebiet. Wiener mediz. Wschr. 1914, Nr. 43.

29. *Donath, Julius* (Budapest), Agraphie infolge von Zwangsvorstellungen. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde Bd. 54. (S. 61*.)

30. *Drysdale, H. H.*, Juvenile psychosis. Journal of the Amer. med. Assoc. 63, p. 1285.

31. *Duge, Wilhelm* (Neuruppin), Ein Beitrag zur Kenntnis der Psychosen bei der multiplen Sklerose des Gehirns und Rückenmarks. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 51, H. 3—6.

32. *Ebbel, B.*, Die Ursachen der Dementia praecox. Norsk. Magazin for Lägevidenskaben No. 12.

33. *Eisath, Georg* (Hall), Paranoia, Querulantenwahn und Paraphrenia. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie. Originalien-Bd. 29, S. 12. (S. 57*.)

34. *Emerson, H.*, Note on the incidence of status lymphaticus in dementia praecox. Arch. of int. Med. 14, No. 6.

35. *Enge, Johannes* (Lübeck), Die Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen. Med. Klinik 25—26.

36. *Ernst*, Prophylaxis in dementia praecox and other psychoses. Med. Record, 11. September.

37. *Fabinyi, Rudolf*, und *Emmerich Hajós* (Budapest), Die *Torday-Wiener*sche Gold-Cyan-Aldehyd-Essigsäure-Reaktion bei



Geisteskranken. Psychiatr.-Neurolog. Wschr. Jahrg. 17. S. 157.

38. *Flusser, Emil* (Mährisch-Weißkirchen), Über Psychosen bei Kriegstyphus. Wiener Med. Wschr. 1915, Nr. 39.

39. *Foerster, E.*, und *Erich Schlesinger* (Berlin), Über die physiologische Pupillenunruhe und die Psychoreflexe der Pupille. Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie Bd. 37, S. 197. (S. 58*.)

40. *Franz, Sh. J.*, Symptomatological differences associated with similar cerebral lesions in the insane. Psychol. monographs. 19, No. 1.

41. *Frerich, Heinrich* (Dorstfeld), Beitrag zur forensischen Beurteilung der Melancholie. Inaug.-Diss. Kiel 1914.

42. *Friedlaender, Erich* (Lindenhaus), Einige Erfahrungen mit Morphium-Skopolamin und Trivalin, resp. Trivalin-Hyoszin bei der Behandlung schwerer Erregungs- und Angstzustände. Psychiatr. u. Neurol. Wschr. 1915/16, S. 203. (S. 61*.)

43. *Fuchs, Walter* (Emmendingen), Mobilmachungspsychosen. Ärztl. Sachv.-Ztg. Jahrg. 21, S. 25.

44. *Gerver, Adolf*, Die Kriegspsychosen. Russki Wratsch 1915. Nr. 34 u. 36.

45. *Górski, Marian* (Posen), Beitrag zur Lehre von den Psychosen nach akuten Infektionskrankheiten: Amentia nach Sepsis (multiple Abszesse). Inaug.-Diss. Kiel 1914.

46. *Gregory, Menas S.*, Fleeting attacks of manic-depressive psychosis. Journ. of nervous and mental disease 42, p. 37.

47. *Gregory, M. S.*, Transient attacks of manic-depressive insanity. Med. Record, 18. Dezember.

48. *Hahn, Rudolf* (Frankfurt a/M.), Kriegspsychosen. Sitzungsbericht. Münchener Med. Wschr. Jahrg. 62, S. 268.

49. *Halberstadt, G.*, et *Legrand* (Paris), Les crises des déments précoces. Revue de Psychiat. 1914, No. 4.

50. *Harpe, C.*, Über Choreapsychosen in der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. 1914, Kiel.

51. *Hassin, G. B.*, Dementia and multiple tuberculous brain abscesses. Med. Record. 88, Nr. 18.

52. *Hauptmann, Alfred* (Freiburg i/B.), Die Beschleunigung der



Blutgerinnungszeit bei Katatonie. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie. Orig.-Bd. 29, S. 323. (S. 59*.)

53. *Heinrichs*, *Karl Ludwig*, Chorea minor und Psychose. Inaug.-Diss. Kiel.

54. *Herschmann, Heinrich* (Süd-Slawonia), Über 3 Fälle von Geistesstörung nach Cholera asiatica. Wiener Med. Wschr. Nr. 37, Beilage der Militärärzte Nr. 22.

55. *Heveroch*, *A.* (Prag), Über die psychologische Grundlage der Paranoia. Časopis ceských lékaruv, 53, 1289, 1914. (Böhmisch.) (S. 57*.)

56. *Higier, H.*, Eigentümlicher Dämmerzustand nach Granatexplosion (Kriegshypnose nach *Millian*). Verhandlung der Warschauer ärztl. Gesellschaft 111, S. 64.

57. *Hibben, Dietrich*, Über psychische Störungen bei Geschwistern. Inaug.-Diss. Kiel.

58. *Hirschfeld*, *Magnus* (Berlin), Sexuelle Hypochondrie und Skrupelsucht. Zeitschr. f. Sexualwissenschaft II, H. 4. (S. 58*.)

59. *Horney, Karen*, Ein kasuistischer Beitrag zur Frage der traumatischen Psychosen. Inaug.-Diss. Berlin.

60. *Hübner*, *Arthur* (Bonn), Über paranoide Erkrankungen. Sitzungsbericht. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 72, S. 179.

61. *Jebens*, *Otto* (Ohrsee), Eifersuchtswahn bei Frauen. Inaug.-Diss. Kiel 1914.

62. *Jörger*, Die Mobilmachung als krankheitsauslösendes Trauma bei der Dementia praecox. Korrespondenzblatt Schweizer Ärzte 1914, Nr. 50.

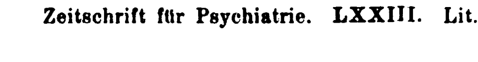
63. *Jolly*, *Ph.*, Menstruation und Psychose. Inaug.-Diss. Halle a/S.

64. *Jolly, Ph.* (Halle a/S.), Menstruation und Psychose. Archiv f. Psychiatrie und Nervenkr. Bd. 55, S. 637. (S. 62*.)

65. *Kafka*, *V.* (Hamburg-Friedrichsberg), Zur Frage der Bedeutung des Dialysierverfahrens nach *Abderhalden* für Psychiatrie. Münchener Med. Wschr. Jahrg. 62, S. 1316.

66. *Kafka*, *V.*, Differentialdiagnose, Psychoneurose oder multiple Sklerose. Berliner klin. Wschr. Jahrg. 52, S. 882.

67. *Karplus*, Über Erkrankungen nach Granatexplosionen. Wiener klin. Wschr. Nr. 6.



68. *Krambach, Reinhard*, Über chronische paranoide Erkrankungen (Paraphrenie und Paranoid). Inaug.-Diss. Leipzig.
69. *Krambach*, *Reinhard* (Dösen), Über chronische paranoide Erkrankungen (Paraphrenie und Paranoid). Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankh. Bd. 55, S. 911. (S. 59*.)
70. *Krantz*, *Hetty*, Über den Zusammenhang zwischen gynäkologischen Operationen mit Psychosen. Inaug.-Diss. Bonn.
71. *Krauss* (Reutlingen), Geisteskrankheit und Betriebsunfälle, ursächlicher Zusammenhang verneint. Monatsschr. f. Unfallheilk. und Invalidenwesen, Nr. 4.
72. *Krueger, Hermann* (Berlin-Buch), Zur Frage nach der nosologischen Stellung der „Paraphrenien". Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie, Orig.-Bd. 28, S. 456. (S. 59*.)
73. *Kruse*, *Joh. Nicolaus* (Stettin), Über die nach psychischen Traumen entstehenden Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel 1914.
74. *Kühl*, *Christian*, Über Chorea minor mit Psychose. Inaug.-Diss. Kiel.
75. *Künzel*, *Ilse,* Über die Prognose der Psychosen im Kindesalter. Inaug.-Diss. Bonn.
76. *Kufs*, *Hugo* (Hubertusburg), Über einen Fall von basaler Zystizerkenmeningitis mit Cysticercus der Hypophysis und schwerer depressiver Psychose und über andere Fälle von Hirnzystizerken. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie. Originalien, 30. Bd., S. 286. (S. 62*.)
77. *Kuhlgatz*, *Wilhelm* (Bückeburg), Selbstmord und Verbrechen bei Melancholie nach den in den Jahren 1901—1905 stattgehabten Aufnahmen. Inaug.-Diss. Kiel.
78. *Lang*, *Jos. B.* (Zürich), Über Assoziationsversuche bei Schizophrenen und den Mitgliedern ihrer Familien. Jahrb. f. psychoanalyt. und psychopathol. Forschungen Bd. 5, S. 705. (S. 60*.)
79. *Laudenheimer*, *Rudolf* (Alsbach), Die Anamnese der sog. Kriegspsychoneurosen. Münch. med. Wschr., Feldärztl. Beilage, Jahrg. 62, S. 1302.
80. *Lemel*, *N. J.*, Over de behandeling van Dementia praecox. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II 1914, No. 4.
81. *Lind*, *John E.*, Statistical study of hallucinations in the manic-



depressive type of psychoses. Journ. of nerv. and mental disease. Jahrg. 42, November.

82. *Lind, John E.*, Combined psychoses. Journ. of nerv. and mental disease 42, p. 216.

83. *Loechel, K.*, Eingebildete Gravidität. Inaug.-Diss. Kiel 1914.

84. *Mann, Ludwig* (Mannheim), Über Granatexplosions-Störungen. Med. Klinik Nr. 35.

85. *Massarotti, Vito* (Rom), I disturbi mentali nel morbo di Basedow. Roma 1914.

86. *Masselon, René* (Prémontré), Les voies d'invasion de la démence précoce. L'Encéphale 1914, No. 4.

87. *Mc Carthy*, Psychoses and neuroses of pregnancy and puerperium. Amer. Journ. of obstretics. August.

88. *Meggendorfer, Friedrich* (Hamburg-Eppendorf), Über Syphilis in der Aszendenz von Dementia praecox-Kranken. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 51, H. 3—6.

89. *Melzer, K.* (Barmen), Beitrag zur Lehre von den Psychosen nach Infektionskrankheiten: Psychose bei Diphtherie. Inaug.-Diss. Kiel 1914.

90. *Meyer, Ernst* (Königsberg i. P.), Bemerkungen zur der Differentialdiagnose der psychogenen Reaktionen mit besonderer Berücksichtigung der im Kriege beobachteten psychischen Störungen. Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankh. Bd. 56, S. 244.

91. *Meyer, Ernst* (Königsberg), Der Einfluß des Krieges, insbesondere des Kriegsausbruchs, auf schon bestehende Psychosen. Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankh. Bd. 55, S. 353.

92. *Meyer, Ernst* (Königsberg), Beitrag zur Kenntnis des Einflusses kriegerischer Ereignisse auf die Entstehung geistiger Störungen in der Zivilbevölkerung und zu der psychischen Infektion. Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankh. Bd. 56, S. 247. (S. 62*.)

93. *Mohr, F.* (Coblenz), Zur Entstehung, Vorhersage und Behandlung nervöser und depressiver Zustandsbilder bei Kriegsteilnehmern. Med. Klin. Jahrg. II, S. 607.

94. *Moravcsik, E. E.* (Budapest), Die Rolle des Krieges in der



Ätiologie nervöser, insbesondere psychischer Störungen. Orvosképzés Nr. 1—3.

95. *Moravcsik, E. E.*, Die Rolle der Gefangenschaft in der Ätiologie der Geisteskrankheiten. Strafrechtliche Arbeiten. Budapest 1914.

96. *Müller, Ernst* (Waldbröl), Ein Beitrag zu den Beziehungen zwischen bösartigen Geschwülsten und Geisteskrankheiten. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 72, S. 72.

97. *Nack*, Rev. of the study of the psychoses associated with cerebral arteriosclerosis. Medic. Record 11. December.

98. *Nagel, Adolf*, Über psychische Störungen bei multipler Sklerose. Inaug.-Diss. Erlangen.

99. *Neubürger, Karl* (Frankfurt a. M.), Über die Wirkung subkutaner Adrenalin-Injektionen auf den Blutdruck bei Dementia praecox. Archiv f. Psychiat. u. Nervenkrankh. 55, S. 521. (S. 60*.)

100. *Nußbaum, Robert* (Jeßnitz), Zur Lehre der chronischen Paranoia. Inaug.-Diss. Kiel.

101. *Obrégia, A.* et *Pitulesco* (Budapest), La séro-réaction d'Abderhalden dans la démence précoce. Compt. rend. Soc. de biologie 76, 1914, Nr. 1.

102. *Obrégia, A., C. J. Urechia* et *A. Popeia* (Budapest), Le coëfficient d'Ambard dans la démence précoce. Compt. rend. Soc. de biologie 76, 1914, Nr. 1.

103. *Parhon, E.* (Jassy), Über das Vorkommen von verworrener Manie bei einer Kranken mit Schilddrüsenhypertrophie. Schneller Heilerfolg durch Thyreoidektomie. Wiener Med. Wschr. 1915, Nr. 1.

104. *Patschke, Franz* (Nikolassee), Über ateriosklerotische Psychosen in gerichtlicher Beziehung. Vierteljahrsschr. f. ger. Medizin Jahrg. 1915, S. 206. (S. 62*.)

105. *Pfahl*, Korsakoffsche Psychose in der Schwangerschaft. Monatsschr. f. Geburtshilfe, April.

106. *Pick, A.* (Prag), Zur Lehre vom Verhältnis zwischen pathologischer Vorstellung und Halluzination. Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie Bd. 37, S. 269.



107. *Pilz, J.* (Krakau), Psychische Störungen während des Krieges. Przegl. lekarski No. 3, Dezember 1915.
108. *Prasse, Erich*, Zur strafrechtlichen Beurteilung des alkoholischen Eifersuchtswahns. Inaug.-Diss. Kiel.
109. *Price, George, E.*, A sixteenth century paranoiac. New York med. Journ. 99, H. 15.
110. *Raecke, Julius* (Frankfurt a/M.), Über hysterische und katatonische Situationspsychosen. Archiv f. Psych. u. Nervenkrankh. 55, S. 771. (S. 62*.)
111. *Reichel, Hans* (Zürich), Zur Pseudologia phantastica. Groß' Archiv Bd. 62, S. 376.
112. *Renaux, Jules*, États confusionels consécutifs aux commotions des batailles. Thèse de Paris, 1915.
113. *Repond, André* (Zürich), Über die Beziehungen zwischen Parästhesien und Halluzinationen, besonders bei deliriösen Zuständen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, S. 216.
114. *Repond, André* (Zürich-Burghölzli), Ein Fall von Katatonie nach Sonnenstich. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, S. 98.
115. *Resch, Heinrich* (Bayreuth), Geisteskrankheiten und Krieg. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 72, S. 121.
116. *Reuter, Fritz* (Ems), Beitrag zur Lehre vom Eifersuchtswahn auf nichtalkoholischer Basis. Inaug.-Diss. Kiel.
117. *Ruoff, Tony*, Kasuistischer Beitrag zur Genese paranoider Symptomenkomplexe im Verlauf des manisch-depressiven Irreseins. Inaug.-Diss. Tübingen.
118. Dasselbe: Journal f. Psychol. und Neurologie 21, S. 122.
119. *Scheer, W. M. v. d.* (Meerenberg), Dementia praecox und innere Sekretion. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 59 (I), 2168.
120. *Scheer, W. M. v. d.* (Meerenberg), Adrenalinmydriasis bei Geisteskranken und Gesunden. Psych. en Neurol. Bladen 19, S. 451.
121. *Scheer, W. M. v. d.* (Meerenberg), Untersuchungen über Adrenalinmydriasis bei Geisteskranken und Gesunden. Neurol. Zentralbl. 34. Jahrg., S. 677. (S. 61*.)
122. *Schmidt, W.* (Freiburg i. B.), Die psychischen und nervösen Folgezustände nach Granatexplosionen und Minenverschüt-



tungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. und Psychiat. Originalien 29, S. 514.

123. *Schröder, P.* (Greifswald), Fall von Poriomanie. Sitzungsbericht. Deutsche med. Wschr. 1914, H. 7.

124. *Schröder, P.* (Greifswald), Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. Stuttgart, F. Enke. 54 S.

125. *Schultz, J. H.* (Göttingen), Beiträge zur somatischen Symptomatik und Diagnostik der Dementia praecox. Monatsschr. f. Psychiat. und Neurologie Bd. 37, S. 205. (S. 60*.)

126. Dasselbe: Habilitationsschrift, Berlin. Verlag S. Karger. 23 S.

127. *Schwarz, Erhard* (Berlin-Charité), Zwangsvorstellungen bei einem Hebephrenen. Monatsschr. f. Psychiat. u. Neurol. Bd. 38, S. 172.

128. *Seelert, Hans* (Berlin), Abgeheiltes paranoides Krankheitsbild auf manisch-depressiver Grundlage. Sitzungsbericht. Archiv f. Psychiat. u. Nervenkrankh. Bd. 55, S. 1056.

129. *Seige, Max* (Partenkirchen), Typhuspsychosen im Felde. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 34, S. 291.

130. *Serejski, M.* (München), Klinische Erfahrungen mit Diogenal, einem neuen Beruhigungsmittel. Deutsche med. Wschr. 41, S. 942. (S. 56*.)

131. *Singer, Douglas* (Kaukakee J. M.), The so called mixed states and atypical forms of manic-depressive insanity. American Journal of Insanity Vol. 71, 4. April 1915.

132. *Singer, Kurt* (Berlin), Wesen und Bedeutung der Kriegspsychosen. Berl. klin. Wschr. 1915, Nr. 8. (S. 56*.)

133. *Sittig, Otto* (Prag), Zur Pathogenese gewisser Symptome eklamptischer Psychosen. Monatsschr. f. Psychiat. u. Neurol. S. 153. (S. 63*.)

134. *Smith, J.*, Catatonic states in manic-depress. insanity. Med. Record 20. February.

135. *Sokolow, Paul* (Wil), Experimentelle Auslösung der Gehörshalluzinationen. Archiv f. Psychiat. u. Nervenkrankh. 55, S. 432. (S. 60*.)

136. *Soukhanoff, Serge*, De la conviction d'être prisonnier de guerre, contribution à l'étude des troubles mentaux provoqués par la guerre actuelle. Ann. médic.-psychol. 1915, p. 549.



137. *Specht, Gustav* (Erlangen), Psychopathologie der Fahnenflucht. Sitzungsbericht. Münch. mediz. Wschr. Jahrg. 62, S. 267.

138. *Speier-Holstein, Victor*, Schwangerschafts-, Scheidungs- und verwandte Wahnideen beim weiblichen Geschlecht. Inaug.-Diss. Bonn.

139. *Speier, Victor* (Holstein), Dasselbe. Archiv für Frauenkunde und Eugenetik. 1915, H. 1.

140. *Steiner, Gabriel* (Straßburg i. E.), Neurologie und Psychiatrie im Kriegslazarett. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie. Orig.-Bd. 30, S. 305.

141. *Stransky, E.* (Wien), Transitivismus und Paranoia. Verein f. Psychiatrie und Neurologie in Wien. 9. November 1915.

142. *Straßburger, Hugo*, 25 Fälle von Querulantenwahnsinn. Inaug.-Diss. Berlin.

143. *Straßer-Eppelbaum, Vera* (Zürich), Das autistische Denken in der Dementia praecox. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie Orig.-Bd. 28, S. 69.

144. *Taft, A. E.*, and *M. E. Morse*, Hemiatrophy of the cerebellum in a case of late catatonia. Journ. of nerv. and ment. dis. XLI, 1914, Nr. 9.

145. *Theunissen, W. F.*, Ein Fall von präseniler Demenz. Psychiatr. en Neurol. Bladen 19, S. 525.

146. *Thode, Günther*, Über die im Gefolge der perniziösen Anämie auftretenden psychischen Störungen. Inaug.-Diss. Kiel.

147. *Vogt, Adolf*, Über hysterische Psychosen und ihre forensische Beurteilung. Inaug.-Diss. Kiel.

148. *Walter, Richard*, und *R. Krambach* (Leipzig), Vegetatives Nervensystem und Schizophrenie. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie Orig.-Bd. 28, S. 232.

149. *Warburg, Betty* (Altona), Über die im Jahre 1909 in der Kieler Psychiatrischen und Nervenklinik beobachteten Fälle von Generationspsychosen. Inaug.-Diss. Kiel.

150. *Wasner, Martin* (Stettin), Psychosen auf dem Boden der angeborenen geistigen Schwächezustände. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie Orig.-Bd. 29, S. 168. (S. 63*.)

151. *Weicht, Leo* (Leobschütz), Über Psychosen bei Gelenkrheumatismus. Inaug.-Diss. Kiel.



152. *Westphal, A.*, und *A. Hübner* (Bonn), Über nervöse und psychische Erkrankungen im Kriege. Med. Klinik S. 381.
153. *Weyert* (Posen), Militär-psychiatrische Beobachtungen und Erfahrungen. Karl Marhold, Halle a. S. 145 S.
154. *Weygandt, Wilhelm* (Hamburg-Friedrichsberg), Kriegspsychiatrische Begutachtungen. Autoreferat. Psychiatr.-Neurol. Wschr. 1915/16, S. 215.
155. *Widmann, Franz Josef* (Warstein), Gibt es bei Dementia praecox Schädeldeformitäten und welcher Art? Eine psychiatrische Studie. Inaug.-Diss. Gießen 1914. (S. 61*.)
156. *Widmann*, Dasselbe: Klinik f. psychische und nervöse Krankheiten (*Sommer*) Bd. 9, H. 3, 1914 und H. 4, 1915.
157. *Wildman*, Psychoses of Feeble-minded. Journal of nerv. and mental dis. August.
158. *Wittermann, Ernst* (Winnenthal), Kriegspsychiatrische Erfahrungen aus der Front. Münch. Med. Wschr. 62, S. 1164.
159. *Ziehen, Theodor* (Wiesbaden), Die Krankheiten des Kindesalters, einschließlich des Schwachsinns und der psychopathischen Konstitutionen. I. Hälfte. Berlin, Verlag von Reuther und Reichard. 216 S. (S. 63*.)

a) Manisch-depressives Irresein.

Brown (19) hat 8 Fälle zusammengestellt von manisch-depressivem Irresein, in denen nach langem Bestehen des Leidens Genesung nicht eintrat, sondern sich ein chronischer Zustand und allgemeine Degeneration einstellte.

Nach *Serejskis* (130) Beobachtungen in der Münchener Psychiatrischen Klinik eignet sich das Diogenal unter anderem auch für leichtere Fälle von Manie und Melancholie, namentlich für letztere.

Singer (132) beschreibt unter Anlehnung an *Kraepelin* einige Mischzustände und atypische Fälle von manisch-depressivem Irresein; sie sind aufzufassen als affektive Schwankungen, bedingt durch die individuelle Veranlagung der betreffenden Kranken.

b) Paranoia.

Birnbaum (11) will den Versuch machen, gegenüber den so verschieden gerichteten neueren Tendenzen in der Paranoiafrage wieder einen festeren Standpunkt durch Anknüpfung an frühere Traditionen und erneute Hineinstellung der Wahnbildung in den Mittelpunkt des Krankheittypus zu gewinnen. Er kommt bei seinen Betrachtungen zu folgendem Ergebnis: Die Bedenken, die sich gegen die bisher aufgestellten Kennzeichen der Paranoia (besonderer



Verlauf, Ausgang, Auslösungsart usw.) erheben lassen, legen es nahe, von diesen abzusehen und nach neueren pathognostischen Momenten zu suchen. Hierfür erscheint am geeignetsten der eigenartige paranoische Wahnmechanismus, der besondere paranoische Wahntyp. Als Paranoiagruppe lassen sich demgemäß solche Krankheitsfälle zusammenfassen, bei denen es auf einem pathologisch vorbereiteten Boden von bestimmter pathologischer Eigenart (Verschiebung der seelischen Gleichgewichtsverhältnisse) zu einseitig fixierter Gefühlsbetonung und damit zu ständiger Heraushebung und inhaltlicher Verfälschung gewisser Vorstellungskreise kommt, jede weitere logische und assoziative Gedankenarbeit nun im Sinne und zugunsten dieser einseitig herausgehobenen Fehlanschauungen erfolgt und so mit psychologischer Folgerichtigkeit sich immer weitergehende Urteilsfälschungen entwickeln, ohne daß der Krankheitsprozeß während seines ganzen Verlaufs durch Elemente beeinträchtigt würde, die seiner eigenartigen Grundlage und seinen Mechanismen wesensfremd sind.

Ein bestimmter Verlauf und Ausgang liegt nicht im Wesen dieser Krankheitsform, ebensowenig wie eine bestimmte degenerative Grundlage und das Bestehen oder Fehlen eines auslösenden psychischen Faktors zu den unbedingten Voraussetzungen der Erkrankungen gehören. Gewisse Differenzen bezüglich der allgemeinen Grundlage und des äußeren Anstoßes kommen im Rahmen dieser Krankheitsgruppe vor, ebenso wie solche bezüglich des Verlaufs und Ausgangs. Ihm wäre durch weitere Untergruppierungen und Varietätenaufstellung Rechnung zu tragen.

Eisath (33) behielt bei 3520 Aufnahmen, wenn er alle Fälle, welche einer anderen Grundkrankheit angehörten, wegließ, nur 14 Fälle mit paranoischem Charakter, die teils zur Paranoia *Kraepelin*s (1 Fall), teils zum Querulantenwahn (4 Fälle) und zur Paraphrenia systematica (9 Fälle) eingeteilt wurden. Bei 6 der Paraphrenien entstanden die Wahnvorstellungen auf halluzinatorischer Basis, bei 3 nahmen dieselben einen kombinatorischen Anfang. Diese beiden Abarten der Paraphrenia, die nicht in Verblödung verfielen, bilden die Gruppe der Paraphrenia systematica ohne Ausgang in Schwachsinn. Die Fälle von senilem Verfolgungswahn, welche der Paraphrenia systematica ähnlich sehen, aber in Schwachsinn übergehen, bilden eine besondere Art der senilen Demenz, während die Fälle, dei denen Verstimmungen eine große Rolle spielen und die Wahnideen zeitweise schwinden, zum manisch-depressiven Irresein gehören. *E.* macht den Vorschlag, daß man zu den nicht verblödenden paranoiden Erkrankungen nebst den Querulantenwahn und der *Kraepelin*schen Paranoia auch die nicht zu Schwachsinn führenden Fälle von Paraphrenia systematica rechnet, und die Paranoia *Kraepelin*s mit der systematischen Paraphrenie ohne Verblödung als Paranoia im weiteren Sinne zusammenfaßt.

Heveroch (55) kommt, von seinem in einigen früheren, bereits referierten Arbeiten definierten und analysierten Begriffe ausgehend, zu folgender Auffassung der Paranoia: Die Paranoia ist eine Form der Ichtumsstörung, die darin besteht, daß: 1. in das Bewußtsein des Pat. Gedankeninhalte ein-



treten, die in einem bestimmten Verhältnis zu der Person des Pat. stehen, einmal als Gedanken, ein andermal als Wahrnehmungen (Halluzinationen); 2. dem Pat. das Bewußtsein der die Gedankeninhalte ins Bewußtsein bringenden Tätigkeit bezw. der Taten des Pat. fehlt; 3. von diesen Inhalten und ihren Erläuterungen der Pat. unwiderlegbar überzeugt ist. — Es ist also dem Verf. die Paranoia eine von den drei Ichtumserkrankungen im breiteren Sinne des Wortes; bei ihr treten diese Störungen im positiven, bei den Obsessionen und der Psychasthenie resp. Ichtumsstörungen s. s. im negativen Sinne auf.

Jar. Stuchlík.

Hirschfeld (58) bespricht hier auch den Eifersuchts-, Beziehungs- und Verfolgungswahn des sexuellen Hypochonders.

c) Dementia praecox.

Bonhoeffer (14) zeigt an einigen Beispielen, wie schwer es unter Umständen ist, die richtige Differentialdiagnose zu stellen bei Beginn der Erkrankung, wo grobe hebephrenische Wahnbildungen, ausgesprochen schizophrene Zerfahrenheit, grobe katatonische Symptome noch fehlen. Der springende Punkt der Diagnose ist dann im Verhalten der Affektreaktion und der damit im engsten Zusammenhang stehenden geistigen Aktivität gelegen. Objektive Maßstäbe für das Verhalten der letzteren wären von großer Wichtigkeit. Die bisher bekannten Methoden versagen im Beginn der Erkrankung.

Breigers (17) Beobachtungen betreffen etwa 100 Kranke vom Haus Schönow, welche sich im Frühstadium der Erkrankungen befanden. Er urteilt selbst über seine Ergebnisse, daß einer näheren Betrachtung nur wert sind die Pupillenstörungen, das Verhalten der Reflexe, der Sensibilität sowie die vasomotorischen Störungen (Algesie) auf der einen und die motorischen Störungen auf der anderen Seite. Die Diagnose ermöglichte in allen Fällen eigentlich einzig und allein der charakteristische psychische Defekt. Die beobachteten körperlichen Symptome sind Begleiterscheinungen des jeweilig bestehenden psychischen Zustandes. Bei einer Lebhaftigkeit der assoziativen Tätigkeit und bei einer Reichhaltigkeit an Affekten und Vorstellungen waren auch auf körperlichem Gebiete gesteigerte Reaktionen wahrnehmbar. Das umgekehrte Verhalten war bei einer Armut des affektiven und intellektuellen Geschehens nachweisbar. Eine Verringerung respektive ein Fehlen der Psychoreflexe an den Pupillen scheint im Frühstadium der Erkrankung sehr selten beobachtet zu werden. Dann hat dieses Symptom differentialdiagnostische Bedeutung.

Forster und *Schlesinger* (39) haben gefunden, daß die physiologische Pupillenunruhe sowie die auf sensible, sensorische und psychische Reize erfolgende Pupillenerweiterung eine Folge ständiger kleiner Schwankungen der Akkommodation eventuell auch der Lichtintensität ist. Der Patient ändert seine Akkommodationseinstellung. Ihr Fehlen bei der Dementia praecox erklärt sich leicht durch die geringe psychische Regsamkeit der Kranken, die sich durch unbedeutende äußere Reize wenig oder gar nicht ablenken lassen.

Hauptmann (52) ging von der Tatsache aus, daß Hypersekretion der Schilddrüse eine Verzögerung der Blutgerinnnung zur Folge hat, dagegen Hyposekretion eine Beschleunigung. Nach der von *Schultze* (Münch. Mediz. Wochenschrift 1913) angegebenen Methode wurden 101 Fälle untersucht. Die Gerinnungszeiten bei Normalen liegen zwischen $7^1/_2$ und 9 Minuten. Bei Katatonie sind es $5^1/_2$—$7^1|_2$. Dagegen zeigen Hebephrenie, Manie und Paralyse nur wenig Beschleunigung; alle anderen untersuchten Krankheiten, auch Dementia paranoides, lagen oberhalb der Normallinie. Nur Katatonie (und in etwa auch Hebrephrenie) imponiert durch das konstante Vorkommen einer beschleunigten Blutgerinnung. Es muß also eine Änderung der Blutzusammensetzung eingetreten sein, die auf Hypofunktion der Schilddrüse schließen läßt. — Weitere Untersuchungen müssen noch zeigen, ob mit Änderung des Krankheitsbildes auch die Blutgerinnungszeit sich ändert. Eine Übereinstimmung zwischen Schwere des einzelnen Falles und Blutgerinnungszeit hat *H.* nicht gefunden. *H.* empfiehlt Versuche mit Jodothyrin bei Katatonie zu machen.

Krueger (72) führt an der Hand von 8 Krankengeschichten aus, daß die Paraphrenia systematica und expansiva *Kraepelins* aus dem Verbande mit der Paraphrenia phantastica auszuscheiden sind. Ob die Paraphrenia confabulatoria zu den erstgenannten Psychosen engere Beziehungen hat, erscheint ihm sehr zweifelhaft. Die Fälle von Paraphrenia phantastica gehören sicher zur Dementia paranoides. Was *Kraepelins* Paraphrenia systematica und expansiva anbetrifft, so gehören diese beiden Psychosen zu denen, die in der Literatur seit Jahren als Paranoia beschrieben werden. Letztere stellt eine psychische Erkrankung von durchaus einheitlichem Gepräge dar, streng geschieden von den in Defektuosität endenden Psychosen, vor allem der Dementia paranoides, erheblich näher dem manisch-depressiven Irresein stehend, mit dem sie eine nahe Verwandtschaft der psychopathischen Grundlage verbindet. Die paranoischen Erkrankungen in ihrer Gesamtheit „Paraphrenica" zu nennen, liegt um so weniger Grund vor, als von dem Schöpfer dieses neuen Begriffs unter demselben psychopathische Zustände hineinbegriffen sind, die zweifellos nicht dazu gehören. Ob sich eine Teilung derjenigen paranoiden Krankheitsformen, die heutzutage in den großen Topf der Dementia praecox geworfen werden, in wohlcharakterisierte Einzelwesen wird durchführen lassen, soll dahingestellt bleiben, wenngleich wenig Aussicht dafür zu bestehen scheint.

Krambach (69) zeigt an einem reichen kasuistischen Material, daß bei den Fällen, die er als Paraphrenien im Sinne *Kraepelins* auffaßt, kein Merkmal im Verhalten des Intellekts zu finden sei, welches sie grundsätzlich von den anderen chronischen paranoiden Erkrankungen der Dementia praecox unterscheidet. Zudem ließen sich in allen Fällen seiner Paraphrenien teils noch jetzt, teils in früheren Phasen Symptome der Dementia praecox von verschiedener Ausdehnung und Valenz nachweisen. *K.* scheint die Paraphrenie nur ein Zustandsbild einer protrahierten (schizophrenen) Erkrankung zu sein, in der die Erscheinungen von gemütlichen und Willensstörungen vor denen der paranoiden Vorstellungstätigkeit zurücktreten.



Langs (78) Assoziationsversuche müssen im Original nachgelesen werden. Er kommt zu folgenden Resultaten: Der Dementia praecox-Kranke hat die geringste mittlere Abweichung von allen Familienmitgliedern. Wenn der Kranke Verfolgungsideen bekommt, so werden jene Mitglieder der Familie als Verfolger gewählt, mit denen er die größte Übereinstimmung im Reaktionstypus hat.

Neubürger (99) fand, daß bei reichlich 80% aller untersuchten Katatoniker und Hebephrenen gar keine oder nur geringe Blutdrucksteigerung bei Adrenalin eintrat.

Schultz (125) kommt zu folgenden Ergebnissen. Reine Fälle von Neurosen und „funktionellen" Psychosen, außer Dementia praecox, zeigen keine Adrenalin-Mydriasis. Bei Dementia praecox findet sich in etwa 50% sehr deutliche, etwa 15% fragliche, etwa 15% negative Adrenalin-Mydriasis. Etwa 15% zeigen auf Adrenalin-Instillation Pupillenverengerung: „paradoxe Reaktion", besonders bei vorher mäßig weiten Pupillen. Es besteht keine eindeutige Beziehung der Adrenalin-Mydriasis zu symptomatischen Bildern und zum Verlaufe der Dementia praecox; oft hält die Mydriasis auffallend lang (tagelang) an. Die einseitige Prüfung auf Adrenalin-Mydriasis, unter Kontrolle der anderen Pupille und in technisch einwandfreier Weise ausgeführt, ist eine einfache, gefahrlose klinische Methode, die anscheinend praktisch von Interesse ist. Das Blutserum Dementia-praecox-Kranker zeigt im *Laewen-Trendelenburg*schen Präparate auffallend niedrige Werte (Hypadrenalinämie). Der Liquor cerebrospinalis von organischen Hirnaffektionen und „funktionellen Psychosen" (Dementia praecox, Manie) enthält unabhängig vom Eiweißgehalt erhebliche Mengen gefäßverengernder Substanzen im *Laewen-Trendelenburg*schen Versuche (Hypophyse?). Die neueren somatischen Befunde bei Dementia praecox weisen übereinstimmend dieser Krankheitsgruppe eine Sonderstellung gegenüber rein funktioneller Psychosen an; zu einer einheitlichen Theorie genügen sie nicht. Versuche zur Darstellung einer Cuti-Reaktion bei Dementia praecox sind bisher erfolglos geblieben.

Sokolow (135) hat an 2 Fällen von Dementia praecox und 2 Fällen von Schizophrenie Versuche mit der Stimmgabel und mit kalorischen und galvanischen Reizen angestellt. Er fand, daß die Auslösung von Gehörshalluzinationen durch periphere Reize kein seltenes Vorkommnis ist. Hier berichtet er ausführlich über einen Fall von Schizophrenie. Akustische Reize sind mehr geeignet zur Auslösung von Gehörshalluzinationen. Zwischen Tonhöhe der Reize und Tonhöhe der akustischen Halluzinationen besteht eine gesetzmäßige Abhängigkeit. Die Tonhöhe der Halluzinationen ist um so höher, je höher die Tonhöhe des dargebrachten Reizes ist, und umgekehrt. Der Rhythmus der Halluzinationen entspricht dem Rhythmus des Reizes. Die Farbenskala der halluzinierten Gegenstände ist unabhängig von der Tonskala der auslösenden Stimmgabel. Die Auslösung der Gehörshalluzination durch elektrische Reize ist von der Art des Stromes unabhängig. Zwischen der Intensität des elektrischen Stromes und der Tonhöhe der halluzinierten Worte besteht keine Abhängigkeit.



Van der Scheer (121) hat die Versuche von *Schultz* wiederholt. Nach *Schultz* soll Adrenalineinträuflung in den Konjunktivalsack des Auges bei einer großen Zahl von Schizophrenen eine Veränderung der Pupillenweite hervorrufen. Nach *v. d. Scheer* hat die Prüfung auf Adrenalinmydriasis für die Diagnose der Dementia praecox vorläufig keinen praktischen Wert. Seine Resultate sind: Die Anisokorie kommt bei normalen Menschen viel öfters vor, als bisher angenommen wurde. *v. d. Scheer* fand in 40% Pupillendifferenz. Er fand bei gesunden Menschen in 34,5% der Fälle Adrenalinmydriasis. In einzelnen Fällen kommt Adrenalinmyosis vor. Die Adrenalinmydriasis tritt bei verschiedenen Psychosen etwas häufiger auf als bei Normalen. Sie ist einzelne Male sehr stark und dauert lange, namentlich bei der Katatonie und bei der Epilepsie. Der Adrenalinmydriasis kommt daher als differentielles Diagnostikum funktioneller oder organischer Psychosen bislang keine praktische Bedeutung zu.

Widmann (155) hat die Schädel von 39 Kranken der Gießener Klinik und der Landesheilanstalt Goddelau auf Abnormitäten und Degenerationszeichen untersucht, soweit es in vivo möglich ist. Es handelt sich dabei um 30 Fälle reiner Dementia praecox (in der hebephrenen, katatonen, paranoiden Form), und um 9, bei denen die Doppeldiagnose Dementia praecox mit angeborener Minderwertigkeit durch genaue klinische Untersuchunegen klargestellt war. — *W.* schließt, daß wir bei Dementia praecox eine auffallende Summation von Deformitäten in zumeist ausgeprägtem Grade beim einzelnen Individuum finden.

d. Sonstiges.

Donath (29) bemerkt zunächst, daß es noch nicht erwiesen ist, daß das Zentrum der Schreibbewegungsvorstellungen sich ausschließlich in der zweiten linken Stirnwindung befindet. Fälle von Agraphie bei Hysterie findet man in der Literatur; Agraphie infolge von Zwangsvorstellungen (Anankasmus) fand *D.* bisher nicht beschrieben. — Im Fall von *D.*, der eine 49 jährige Frau betrifft, bestand keine Spur von Sprachstörung, keine Apraxie, es wurde aber, nach einer heftigen Gemütsbewegung, literale und verbale Paragraphie beobachtet für Spontan-, Diktat- und Nachschreiben, weniger bei Zahlenreihen und nicht beim Zeichnen. Alexie bestand nicht. — Nach dem für organische Läsionen geltenden Aphasieschema war erhalten das auditive und visuelle Erinnerungsbild des Wortes und von den motorischen Erinnerungsbildern das artikulatorische, nicht aber das graphische Erinnerungsbild. Wie *D.* ausführt, handelt es sich in seinem Fall um eine anankastische Paragraphie, zu welcher eine Emotion und die damit einhergehende mangelhafte Konzentration der Aufmerksamkeit auf den Schreibakt den Anstoß gibt. Die rein funktionelle Störung ging in nicht langer Zeit in Heilung über. Hysterie war auszuschließen.

Friedlaender (42) kommt zu folgenden Schlüssen: Morphium-Skopolamin in einer Dosis von 0,015 bis 0,03 Morphium und 0,0005 bis 0,001 Skopolamin ist das wirksamste und relativ ungefährlichste Mittel zu rascher Koupierung schwerer Erregungs- und Angstzustände. Trivalin und Trivalin-Hyoszin sind

in der Wirkung in solchen Fällen absolut unzuverlässig und außerdem schon in mäßigen Dosen nicht ungefährlich. Morphium und Skopolamin werden am besten, in 50proz. Alkohol gelöst, intramuskulär injiziert, da diese Lösungen absolut steril, lange haltbar sind und der Alkohol gleichzeitig günstig auf die Herztätigkeit wirkt. In manchen Fällen ist außerdem eine gleichzeitige Kampfer-Injektion zu empfehlen.

Jolly (64) bringt nach einem literarischen Überblick eine Reihe von sehr interessanten kasuistischen Beiträgen. Er beginnt mit Fällen, in denen die Psychose vor Eintritt der ersten Menses auftrat, einen an vierwöchentlichen Termin gebundenen Verlauf zeigte und mit Eintritt der ersten Menses meist zur Heilung kam. Dann folgen Fälle, in denen die Psychose im Zusammenhang mit der ersten Menses auftritt, — Fälle, in denen sie im Zusammenhang mit späterer Menses auftritt und bei mehrmaligem Auftreten einen menstruellen Typus zeigt, — in der Menopause auftretende Fälle; den Schluß macht die sog. epochale Menstruationspsychose. — Eine eigene Menstruationspsychose als klinische Einheit gibt es nicht. Auch die als sog. epochale Menstruationspsychose beschriebenen Beobachtungen können als besondere Form nicht anerkannt werden.

Weiterhin beschäftigt sich *Jolly* mit dem Einfluß der Psychosen auf die Menstruation. Nach einem literarischen Überblick gibt er eigene Untersuchungen. Die Arbeit eignet sich leider nicht zu einem kurzen Referat.

Kufs (76) berichtet ausführlich über einen Fall von Zystizerken-Meningitis inkl. Sektionsbefund und erwähnt kurz weitere Fälle seiner Beobachtung. Aus allen seinen Fällen entnimmt er die Tatsache, daß die Krankheitssymptome bei der Zystizerkenkrankheit des Gehirns viel weniger von den Zystizerken als solchen, als vielmehr von den sekundären Veränderungen der chronischen Meningitis, dem Hydrocephalus internus, der Endarteriitis deformans und den degenerativen Veränderungen des nervösen Parenchyms abhängen, daß in den Fällen von ausgeprägten stabilen psychischen Störungen sich wohl stets als Substrat diffuse Veränderungen der grauen Rinde nachweisen lassen.

Meyer (92) fand, daß die krankhafte einseitige Betonung des Ich-Komplexes, wie wir sie als ein Merkmal tiefgreifender geistiger Störung finden, eine wesentliche Einwirkung des Krieges, beziehungsweise des Kriegsausbruchs, auf bestehende Psychosen verhindert. Auch an den von Tapiau übernommenen Kranken zeigte sich, daß trotz direkter schwerer Einwirkung des Krieges eine Beeinflussung bestehender Psychosen durch den Krieg oder Kriegsausbruch nicht erfolgt war.

Patschke (104) bringt zunächst eine Schilderung, was wir heute unter arteriosklerotischen Psychosen verstehen können, ihre Ätiologie, anatomische Grundlage, der klinische Verlauf und ihre Abgrenzungsmöglichkeiten gegen ähnliche Bilder, wie man sie bei Paralyse, Dementia senilis u. a. findet. Dann spricht er über die gerichtliche Bedeutung der genannten Psychosen.

Nach *Raecke* (110) muß man unterscheiden eine hysterische und eine katatonische Situationspsychose. Im Verlauf einer Dementia praecox können



wie bei der Hysterie exquisit psychogen entstandene Symptomenkomplexe auftreten, die allein durch die Situationen geschaffen und erhalten zu sein scheinen und demgemäß mit derselben zunächst verschwinden. Da die somit differentialdiagnostische Abgrenzung allein nach dem Verlauf lange Zeit auf Schwierigkeiten stoßen kann, sollte man wieder mehr bestrebt sein, durch Vertiefung unserer Kenntnis von der Symptomatologie des Zustandsbildes weiterzukommen. Die zu allgemein gehaltene „Degenerationspsychose" für psychogene Hafterkrankungen ist unzweckmäßig, weil sie den möglichen Verschiedenheiten der klinischen Bilder ungenügend Rechnung trägt.

Sittig (133) berichtet über einen sehr interessanten Fall, wo neben dem typischen Bild der eklamptischen Psychose beobachtet wurde, daß die Kranke sich längere Zeit nicht an Örtlichkeiten erinnern konnte, auch nach der Genesung; sie konnte den Weg von der Klinik nach Hause nicht wiederfinden. Die örtliche Orientierung mußte durch neue Erfahrung wieder erlernt werden. Auch litt die Kranke vorübergehend an Amaurose. Zwischen Orientierungsstörung und Amaurose muß ein Zusammenhang bestehen, es handelt sich um in den beiden Hinterhauptslappen lokalisierte Veränderungen, dadurch wurde auch die optische Halluzination des Falles verursacht.

Wasner (150) veröffentlicht hier 13 Fälle von Propfpsychosen aus den Kückenmühlenschen Anstalten, und zwar 10 Fälle von Dementia praecox, 2 vom manisch depressivem Irresein, 1 periodische Manie. Das Vorherrschen der Dementia praecox dürfte für eine Verstärkung der Prädisposition zu Erkrankung an Dementia praecox durch den angeborenen Schwachsinn sprechen. Ein besonders schwerer Verlauf der Dementia praecox bei Schwachsinnigen ist nicht festzustellen. Die stupuröse Form der Dementia praecox herrschte vor.

Von *Ziehens* Krankheiten des Kindesalters liegt jetzt (159) die erste Hälfte des Werkes vor. Sie handelt von den Defektpsychosen, den angeborenen und den erworbenen. Unter letzteren wird auch die Dementia hebephrenica und praecox der Kinder besprochen.

---

4. Idiotie, Imbezillität, Fürsorgeerziehung.

Ref.: Schob-Dresden.

1. *E. Barth*, Untersuchungen an weiblichen Fürsorgezöglingen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. XXX. (S. 70*.)
2. *Beekmann*, Precocious maturity in girls with report of a case. Arch. of ped. vol 32.
3. *Berkley,* The psychoses of the high imbecile. American journ. of insanity vol. 72.
4. *Bloch,* Über Wiederholung der *Binet-Simon*schen Intelligenzprüfung an denselben schwachsinnigen Kindern nach Ab-



lauf eines Jahres. Zeitschr. f. d. gesamt. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 28. S. (69*.)
5. *v. Bokay*, Beiträge zur Pathologie u. Therapie des chronischen hydrocephalus internus. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 81.
6. *Bolk*, Über die verschiedene Arten von Schädelmißbildungen beim Menschen. Nederl. Tijdschr. v. geneeskd. Bd. 59.
7. *Büttner*, Fürsorge für schwachbegabte Kinder auf dem Lande. Zeitschr. f. d. Erforschung u. Behandlung des jugendl. Schwachsinns Bd. 8.
8. *Eliassow*, Erbliche Belastung u. Entwicklung von Hilfsschulkindern. Arch. f. Psychiatr. Bd. 56. (S. 67*.)
9. *Flesch*, Über den Blutzuckergehalt bei Morbus Basedowii u. über thyreogene Hyperglykämie. Inaug.-Diss. Heidelberg.
10. *Hartwich*, Über die verschiedenen Arten des Zwergwuchses. Inaug.-Diss. Würzburg.
11. *Herrmann*, A case of amaurotic family idiocy. Arch. of ped. vol. 32.
12. *Higier*, Ein Fall von angeborener Akromegalie mit Imbezillität u. sogenannter Cutis laxa. Annalen der Warschauer ärztlichen Gesellschaft, CXI, 1915.
13. *v. Hovorka*, Welche Ursachen des kindlichen Schwachsinns ergibt die Anamnese? Zeitschr. f. die Erforschung u. Behandlung des jugendlichen Schwachsinns, Bd. 8. (S. 68*.)
14. *Hultgreen*, Studien über die Häufigkeit der mongoloiden Idiotie in den schwedischen Anstalten für Schwachsinnige und über die Ätiologie dieser Krankheit. Nord. med. Arch. mediz. Abt., 1914/15, H. 1 u. 2.
15. *Karstens*, Ein Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus externus. Inaug.-Diss. Königsberg.
16. *Keyser*, Unusual case of infantile cerebral hemiplegia. Americ. journ. of ment. diseases 42.
17. *Koch*, Die gegenwärtigen Anschauungen über den Infantilismus. Frankf. Zeitschr. f. Pathologie. Bd. 16. (S. 69*.)
18. *Kraus*, *Rosenbusch* u. *Maggio*. Kropf, Kretinismus und die Krankheit von Chagas. Wien. klin. Wschr. Nr. 35.
19. *Lomer*, Über graphologische Kennzeichen des Schwachsinns. Arch. f. Psychiatr. 58. Bd.



20. *Mönkemöller*, Bericht an das Landesdirektorium der Provinz Hannover über die Ergebnisse der psychiatrisch-neurologischen Untersuchung der schulpflichtigen Fürsorgezöglinge der Provinz. Zeitschr. f. d. Erf. u. Beh. des jugendl. Schwachs. Bd. 8, H. 1.

21. *de Mouchy*. Ein Fall von Infantilismus mit Osteomalacie. Nederl. Tijdschr. v. Geneeskd. Bd. 59.

22. *Muschalik*. Augenerscheinungen bei Idiotie. Wiener klin. Rundschau Nr. 37-42.

23. *Neurath*, Ein Fall von familiärer amaurotischer Idiotie. Wiener klin. Wschr. Jahrg. 28.

24. *Quadri*, Klinischer Beitrag zur Kenntnis des Infantilismus. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 117.

25. *Rhein*, Insanity in children. Americ. journ. of insanity Bd. 71.

26. *Rothmann*, Über familiäres Vorkommen von *Friedreich*scher Ataxie, Myxödem und Zwergwuchs. Berl. klin. Wschr. Nr. 2.

27. *Rothmann*, Zwangsbewegungen des Kindesalters. Berl. klin. Wschr. Nr. 28.

28. *Schilling*, Der Stand der sozial-hygienischen Fürsorge für psychopathische Kinder. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Mediz. u. öffentl. Sanitätswesen. H. 1.

29. *Schnitzer*, Über Einrichtungen für schwer erziehbare Fürsorgezöglinge. Zeitschr. für die Erforschung u. Behandlung des jugendl. Schwachsinns Bd. 8.

30. *Stier*, Abgrenzung des Begriffes des neuropathischen Kindes. Deutsch. med. Wschr. Nr. 27. (S. 70*.)

31. *van den Velden*, Zur Lehre vom Infantilismus. Zeitschr. für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. 54.

32. *de Vries*, Beschreibung eines Anencephalen. Psych. en neurolog. Bladen Bd. 19.

33. *Welt-Kakels*, Pathological findings in a case of amaurotic idiocy. Proceed of the New York pathol. Soc. Bd. 15.

34. *Werner*, Über einen seltenen Fall von Zwergwuchs. Arch. f. Gynäkol. Bd. 104.

35. *Weygandt*, Idiotie und Imbezillität. Die Gruppe der Defektzustände des Kindesalters. Handbuch der Psychiatrie, her-



ausgegeben von *Aschaffenburg*. Speziell. Teil, 2. Abt., 2. Hälfte. Leipzig und Wien, F. Deuticke. (S. 67*.)
36. *Wildmann*, Psychoses of the feeble-minded. Journ. of the nerv. and mental diseases. Bd. 42.
37. *Ziehen*, Die Geisteskrankheiten des Kindesalters einschließlich des Schwachsinns und der psychopathischen Konstitution. I. Hälfte. Berlin, Reuther und Reichard. (S. 66*.)

Die Zahl der wissenschaftlichen Arbeiten aus dem Gebiete des jugendlichen Schwachsinns ist während des Krieges naturgemäß geringer geworden. Um so erfreulicher ist es, daß während dieser Zeit in Deutschland zwei Werke erscheinen konnten, die entschieden von großer Bedeutung sind.

An erster Stelle ist hier *Ziehens* Buch „Die Geisteskrankheiten des Kindesalters" (37) zu nennen, von dem der erste Teil zum Referat vorliegt. Wie der Verfasser selbst hervorhebt, ist das Buch aus Abhandlungen hervorgegangen. die vor mehr als einem Jahrzehnt, für Ärzte und Erzieher bestimmt, veröffentlicht wurden. Durch ausgedehnte Berücksichtigung der inzwischen erfolgten Neuerscheinungen, durch systematische Zusammenfassung des gesamten Stoffes ist aus den losen Abhandlungen ein geschlossenes Ganzes entstanden. dessen Studium für Ärzte und Erzieher ganz besonders zur Einführung in das Verständnis der kindlichen Geistesstörung willkommen und nötig ist.

Bei der Einteilung der kindlichen Psychosen folgt *Ziehen* demselben Prinzip, das er bei seinem Lehrbuch der Psychiatrie angewandt hat; er scheidet sie in Psychosen mit Intelligenzdefekt oder Defektpsychosen und Psychosen ohne Intelligenzdefekt.

Der erste Teil behandelt die Defektpsychosen, die in angeborene und erworbene Defektpsychosen (erworbenen Schwachsinn) gesondert werden. Zu den angeborenen Defektpsychosen rechnet der Verf. auch die erworbenen Defektpsychosen der ersten Kinderjahre im Hinblick auf die große Übereinstimmung der Symptome. Alle angeborenen Defektpsychosen können auch unter dem Namen der Imbezillität zusammengefaßt werden. Die ersten Kapitel befassen sich mit Häufigkeit und Ursachen des Schwachsinns. *Ziehen* unterscheidet neuropathische, toxische und infektiöse erbliche Belastung (hereditäre Faktoren) und erworbene Ursachen (fötale Ernährungsstörungen, Frühgeburt, traumatische Schädigungen, postfötale Ernährungsstörungen und Vergiftungen, Störungen der inneren Sekretion usw.). Im Zusammenhang damit wird ein Überblick über die wesentlichsten Ergebnisse der pathologischen Befunde gegeben; im allgemeinen wird aber die pathologische Anatomie nur im notwendigsten Umfange berücksichtigt.

Nunmehr folgt der bedeutsamste Teil des Werkes, die Darstellung der psychischen Symptome des Schwachsinns, insbesondere die Schilderung des Intelligenzdefektes. Die einzelnen Kapitel sind in einer geradezu klassisch klaren Sprache abgefaßt; trotz gedrängter Kürze ist der Stoff erschöpfend behandelt; dabei bietet die Lektüre nicht nur Belehrung und Genuß, sondern



gleichzeitig noch eine Fülle von Anregungen für die Inangriffnahme und das Studium bisher ungelöster Fragen.

Als nächster Teil schließt sich eine übersichtliche Besprechung der wesentlichsten körperlichen Begleiterscheinungen des jugendlichen Schwachsinns an, von denen nur die verschiedenen Arten der Krampfanfälle (*Jackson*sche Anfälle, epileptische Anfälle, eklamptische Anfälle) etwas ausführlicher abgehandelt werden.

Die einzelnen Unterformen des Schwachsinns werden dem Zweck des Buches entsprechend relativ kurz abgehandelt. *Ziehen* lehnt die Anerkennung des moralischen Schwachsinns als einer besonderen Unterform ab; er schlägt dafür — wenigstens für eine Reihe von Fällen — die Bezeichnung Debilität mit vorzugsweise ethischem Defekt vor. Weitere Kapitel gelten der Erkennung, den Heilungs- und Besserungsaussichten, der Behandlung der Imbezillität. Am Schluß gibt *Ziehen* noch einen Prüfungsbogen zur Untersuchung der Intelligenz wobei die *Binet*sche Methode ablehnend besprochen wird.

Im zweiten Abschnitt des ersten Teiles beschäftigt sich *Ziehen* mit den erworbenen Defektpychosen; er versteht darunter diejenigen mit einem Intelligenzdefekt verbundenen Psychosen, welche nach dem 4. Lebensjahr, also nach Vollendung des groben Hirnwachstums, sich entwickeln. Er weist darauf hin, daß es eine große Zahl solcher erworbener Psychosen gibt, bespricht aber nur folgende 6 spezielle Formen: Dementia paralytica, Dem. bei Herderkrankungen, Dem. epileptica, Dem. toxica (Dem. alcoholica) und Dem. hebephrenica mit ihren verschiedenen Unterformen.

Das zweite zusammenfassende Werk stammt von *Weygandt* (35). Seine Arbeit ist in allererster Linie für Ärzte bestimmt. Im Gegensatz zu *Ziehen* behandelt *Weygandt*, durch dessen Arbeiten ja die Kenntnis der klinischen Sonderbilder ganz besonders mit gefördert worden ist, die klinische Einteilung und die klinischen Einzelgruppen in ausführlicher Weise. 30 klinische Gruppen werden aufgestellt. *Weygandt* ist sich der großen Schwierigkeiten einer Klassifikation der einzelnen Schwachsinnszustände bewußt; er weist selbst darauf hin, daß ein „einzelnes, vollständig durchgreifendes, streng wissenschaftliches Einteilungsprinzip“ noch nicht vorhanden ist — und der Leser wird auch im einzelnen an der Gruppierung dies und jenes aussetzen, so erscheint zum Beispiel nicht recht ersichtlich, warum eine tatsächlich endogene Form, wie zum Beispiel der Schwachsinn bei *Friedreich*scher Ataxie, nicht bei der endogenen Gruppe abgehandelt wird, man wird fragen können, warum nicht auch die traumatische Idiotie Anspruch auf Bildung einer besonderen Gruppe haben soll. Im großen und ganzen aber kann man den Einteilungsversuch *Weygandt*s wohl anerkennen. Erst nach der Schilderung der klinischen Sondergruppen gibt *Weygandt* eine zusammenfassende Darstellung der körperlichen und psychischen Allgemeinsymptome und der Diagnose des jugendlichen Schwachsinns. Eine übersichtliche Besprechung der Behandlung der jugendlichen Defektzustände bildet den Schluß des reichhaltigen Werkes.

Die Ergebnisse der dankenswerten Untersuchungen von *Eliassow* (8)



lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: *E.* hat die erblichen Verhältnisse solcher Familien untersucht, aus denen 2 oder mehrere Kinder die Königsberger Hilfsschulen besuchten (ca. 50 Familien); derartige Familien wurden ausgewählt, weil anzunehmen war, daß hier die erblichen Verhältnisse wohl eine besondere Rolle spielen würden. *E.* untersucht Vorfahren, Angehörige der Seitenlinien und Geschwister auf das Vorhandensein von Imbezillität, Geisteskrankheiten, Alkoholismus, Syphilis, Epilepsie, Tuberkulose, Selbstmord, kriminellen Handlungen; auch das soziale Milieu wurde einer Prüfung unterzogen. Bei der näheren Untersuchung der Entwicklung der einzelnen schwachsinnigen Individuen wurde geachtet auf die Geburt (ob ehelich oder unehelich), durchgemachte Krankheiten, körperliche Eigenschaften, zum Beispiel Größe, Kopfform, Sprechvermögen, auf Intelligenzstand, Gemütsleben, moralisches Verhalten. Von den gefundenen Zahlen seien einige hervorgehoben: 17% der (gesamten) Königsberger Hilfsschulkinder hatten imbezille Geschwister; neuropathische Belastung fand sich in 12,3%, Alkoholismus der Vorfahren in 59%, Epilepsie 5,5%, Syphilis der Vorfahren nur in 1,4%, Tuberkulose in 31,5%. Große Kindersterblichkeit wurde in 30,9% der untersuchten Familien festgestellt: die häuslichen Verhältnisse erschienen bei 30,2% gut, bei 58% ärmlich, bei 11,6% sehr ärmlich; bei 17,8% war die Geburt schwer erfolgt, bei 63% hatte Brusternährung stattgefunden. Rachitis war in 35% nachweisbar, bei 28% war Zahnung verspätet, ca. 40% hatten erst in einem Alter von mehr als 18 Monaten laufen gelernt, 26% zeigten eine verzögerte Sprachentwicklung; Krämpfe waren nur bei 8,2% angegeben. Der Allgemeinzustand der Kinder war wenig günstig; an Körperlänge blieben 42,5% hinter dem Durchschnitt zurück; bei 56,2% war der Kopfumfang zu klein. Degenerationszeichen fanden sich in mittlerer Zahl, 16,6% zeigten Sprachdefekte. In der Familiengeschichte stehen Alkoholismus und Tuberkulose demgemäß im Vordergrunde; in der Vorgeschichte der Einzelindividuen waren keine Momente vorhanden, denen besonders auffällige Bedeutung zuzuschreiben wäre. Das soziale Milieu verdient besondere Beachtung; alle angeborenen und erworbenen Schädigungen kamen um so auffälliger zur Geltung, je ungünstiger die soziale Lage war. Der erblichen Belastung ist im allgemeinen keine so große Bedeutung zuzumessen, als für gewöhnlich angenommen wird.

Hovorka (13) trennt die Ursachen des jugendlichen Schwachsinns in angeborene und erworbene. Er ist bei 419 schwachsinnigen Kindern (155 m., 246 w.) der Ätiologie nachgegangen. Unter den angeborenen Ursachen spielt der Alkohol die wesentlichste Rolle: bei mindestens einem Drittel der Kinder war Alkoholismus der Aszendenten nachweisbar; gering an Zahl ist die Gruppe der Kinder, deren Angehörige Störungen des psychischen Verhaltens zeigten (Geisteskrankheiten, Schwachsinn, Neurasthenie); Epilepsie der Vorfahren war auffallend selten, noch seltener Blutsverwandtschaft, Syphilis, etwas häufiger Selbstmord; der sogenannte „Mutterschreck", der ziemlich häufig angeschuldigt wurde, war in der Mehrzahl der Fälle nicht als Ursache des Schwachsinns anzuerkennen. Bei den erworbenen Ursachen ist zu unterscheiden zwischen



solchen, die während der Geburt einwirken, und solchen, die erst nach der Geburt ihren Einfluß entfalten. Ursachen der ersteren Art, zum Beispiel Zangen-, Sturzgeburt, konnte in 6 Fällen eine gewisse Bedeutung beigelegt werden. Sturz auf den Kopf wurde in 17 Fällen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit angeschuldigt; Meningitis war 14 mal, Rachitis 138 mal vorangegangen; doch glaubt *H.* nicht recht an den ursächlichen Einfluß der Rachitis. Branntweingenuß, Vergiftung durch Aufguß von Mohnsamenköpfen erschienen als etwas ungewöhnliche Ursachen.

Bloch (4) hat die Kinder der Hilfsschule in Kattowitz, die er im Jahre 1912/13 nach der Methode *Binet-Simon* untersucht hatte, unter Anwendung der gleichen Tests ein Jahr später einer Nachprüfung unterzogen. Nach seinen Erfahrungen, die mit denen von *Chotzen* übereinstimmen, kommt man bei der Prüfung Schwachsinniger über das Intelligenzjahr 10 normalsinniger Kinder nicht hinaus. Von den 53 Versuchspersonen wiesen gegenüber dem Ergebnis des vorhergehenden Jahres 14 einen Intelligenzstillstand auf, 10 zeigten eine Zunahme von $^1|_2$, 23 eine solche von 1 und 6 eine Zunahme von 2 Intelligenzjahren. Die geistige Entwicklung beim schwachsinnigen Kind folgt nach seinen Untersuchungsergebnissen im ganzen der des normalen Kindes; nur ist sie einmal stark verzögert, durchschnittlich um 3—4 Jahre, zum andern bleibt sie früher stehen. Die Schwachsinnigen sind gegenüber den Normalen hauptsächlich in Dingen zurück, welche das tägliche Leben erfordert, so Abzählen und Zusammenzählen von Geldstücken, Münzkenntnis, Herausgeben kleinerer Geldstücke auf größere, Ordnen von 3 und mehr Gewichten nach der Schwere. Diktatschreiben. Aufzählen der Monate. Angabe des Datums usw. *Bloch* hält die Methode nach wie vor für geeignet, um leicht und sicher festzustellen ob ein Kind schwachsinnig sei oder nicht.

Koch (17) gibt zunächst einen Überblick über die historische Entwicklung des Begriffes Infantilismus und bespricht dann die einzelnen Formen, zunächst die verschiedenen Einzelformen, die auf Schildrüsenerkrankung, Hypophysen- und Keimdrüsenstörungen zurückgeführt worden sind. Dann unterzieht er die Rolle, die Thymus, Epithelkörperchen, Nebennieren, Pankreas, die multiple Blutdrüsenerkrankung nach *Falta* für das Zustandekommen infantilistischer Symptome haben, einer kritischen Betrachtung. Nicht alle Formen des Infantilismus sind durch endokrine Störungen bedingt; auch andere organische, toxische und infektiöse Schädlichkeiten, die kongenital, fötal oder auch später einwirken (Infantilismus mit angeborenem Herzfehler, Pulmonalinfantilismus, Lues, Alkohol usw.), haben eine ursächliche Bedeutung. Die Schwäche des Begriffes Infantilismus beruht im wesentlichen in folgenden Punkten: Die Infantilen sind weder Kinder noch kindlich, man kann an der Entwicklung des normalen Kindes nur etwa messen, an welchem Punkte des Weges die Infantilen zurückgeblieben sind. Der Begriff setzt eine ziemliche Gleichmäßigkeit der Entwicklungshemmung voraus, die sich zu den tatsächlichen Befunden bei Infantilen im Gegensatz befinden. — *K.* teilt eine Reihe von Fällen mit, die er im städtischen Siechenhaus zu Frankfurt am Main beobachtet hat.

In einer kurzen, aber sehr anregenden Veröffentlichung schlägt *Stier* (30) vor, daß als Einteilungsprinzip für die nervösen und psychischen Störungen im Kindesalter andere Gesichtspunkte berücksichtigt werden, als es bisher geschehen ist. Der Verfasser geht davon aus, daß, im Gegensatz zur funktionellen Reife anderer Organe, das Kind auf dem Gebiet der psychisch-nervösen Funktionen noch ganz unfertig ist, und daß die Entwicklung und Ausbildung dieser Funktionen erst unter dem Einfluß der Lebensreize bis zur Pubertät hin allmählich vonstatten geht. Fertig sind nur der einfache Reflexmechanismus, der die Vereinheitlichung der Funktionen der verschiedenen Organe ermöglicht, und ferner die ersten etwas höheren komplizierten artkonstanten Funktionen, die als Triebe und Instinkte, als Strebungen und Wollungen mit den begleitenden einfachen Gefühlen für die Erhaltung des Lebens unerläßlich sind (Schreien bei Hunger, bei Beschmutzung usw.). Auf diese elementaren Funktionen erst setzt sich das durch individuelle Lebenserfahrungen entwickelte bewußte Verstandesleben als drittes Stockwerk auf. Entsprechend dieser Dreiteilung der Entwicklung will *St.* auch eine Dreiteilung der psychisch-nervösen Störungen vornehmen. Er unterscheidet:

1. Neuropathische Störungen, d. s. Störungen, des phylogenetisch ältesten, bei der Geburt fast ganz oder ganzfertigen elementaren Reflexmechanismus im weitesten Sinne des Wortes.

2. Psychopathische Störungen, d. s. Störungen des phylogenetisch jüngeren in der Kindheitsentwicklung früh auftretenden, artkonstanten Trieb- und Instinktlebens.

3. Intellektuelle Störungen, d. s. Störungen des phylogenetisch jüngsten, in der Kindheitsentwicklung erst später auftretenden und länger einer Entwicklung zugängigen, individuell in weitem Maße differenten Verstandeslebens.

Das Merkmal der neuropathischen Störungen, die allein besprochen werden, ist die krankhafte Steigerung der elementaren reflektorischen Erregbarkeit des zentralen oder vegetativen Nervensystems. Die so entstehenden Störungen manifestieren sich entweder

im Gebiet der unbedingten Reflexe als erleichterte, verbreiterte oder abnorm intensive motorische Reaktionen auf leichte bez. mittelschwere Reize (Schreckhaftigkeit, Muskelunruhe, Kinderkonvulsionen, Steigerung der Vasomotilität, der sekretorischen Funktionen zum Beispiel Enuresis, verfrühte Erektionen)

oder als ein verfrühtes Auftreten von Unlustgefühlen bei den gleichen Reizen (abnorme Unlustgefühle gegenüber gewissen Geschmacks- und Geruchsreizen, Lichtscheu, Geräuschempfindlichkeit, Überempfindlichkeit gegen Hautreize u. a.)

oder im Gebiete der bedingten Reflexe als abnorm langes und intensives Festhaften sogenannter häßlicher Angewohnheiten (Daumenlutschen, Nägelkauen, jactatio capitis nocturna, Tics usw., respiratorische Reflexkrämpfe).

E. Barth (1) hat sich bei ihren interessanten Untersuchungen über 40 weibliche Fürsorgezöglinge im wesentlichen durch die Arbeit von *Gruhle* be-



nflussen lassen. Das Hauptstreben der Verfasserin ist darauf gerichtet, die rundlage für die Verwahrlosung allseitig klarzulegen. Der erste Teil befaßt ch mit den Eltern, deren Verhältnisse nach Ansässigkeit und Beruf, Wohnung nd Vermögen, Straffälligkeit und Gesundheitszustand erforscht werden. Die äter gehören großenteils den Handel- und Gewerbetreibenden an; wie schon *ruhle*, so zeigt auch die Verfasserin, daß die kriminelle Jugend nicht „aus er Hefe des Volkes" hervorgeht. Die rein materiellen Verhältnisse der Eltern ind im allgemeinen nicht schlecht. Soziale und moralische Defekte der Ereuger waren bei 37,5% der Zöglinge nachweisbar. Körperliche Erkrankung er Eltern, Inanspruchnahme der Mutter durch zahlreiche Geburten, frühe Sterblichkeit der Mütter, Aufwachsen der Kinder in fremder Umgebung spielen ine gewisse Rolle. Milieuschädlichkeiten ließen sich bei 85% nachweisen.

Im zweiten Teil werden die Kinder selbst nach folgenden Gesichtspunkten untersucht: 1) Geburtszeit, eheliche oder uneheliche Geburt, Aufwachsen außerhalb des Elternhauses, Geschwisterzahl; 2) Kindheit und Schule, Gesundheitsverhältnisse; 3) Beruf, Austritt aus dem Elternhaus; 4) Kriminalität und Eintritt der Fürsorgeerziehung; 5) die Persönlichkeit selbst. Die meisten Kinder waren im Januar geboren, 7 waren unehelich, 9 waren außerhalb des Elternhauses erzogen; zum Teil entstammten sie sehr kinderreichen Familien, gerade die älteren in der Reihe der Geschwister bleiben in der sittlichen Entwicklung zurück. 13 Mädchen waren ein oder mehrere Male in der Schule sitzen geblieben. Die Gesundheitsverhältnisse waren meist günstig; die Menstruation hatte bei den meisten zur rechten Zeit eingesetzt; ein Zusammenhang zwischen erster Menstruation und erster Kriminalität bez. Einsetzen der Fürsorgeerziehung war nicht nachweisbar; 9 waren, meist wegen Selbstmordversuchs, in psychiatrischer Behandlung gewesen. Der Eintritt ins Berufsleben vollzog sich meist unmittelbar nach dem Austritt aus der Schule; von besonderer Bedeutung war immer der Übertritt in das Gastwirtsgewerbe, immer war der Eintritt in den Kellnerinnenberuf Ausdruck zunehmender Haltlosigkeit. Die Kriminalität nahm deutlich ab mit den Jahren, die auf den Austritt aus dem Elternhaus folgten. Der erste deutliche Anstieg mit Eintritt in Fürsorge- bez. Anstaltserziehung begann mit dem 15. Lebensjahr, um mit dem 17. den Höhepunkt zu erreichen. 22 der Zöglinge wurden der Anstalt durch Gerichtsbeschluß überwiesen, bei 18 wurde die Fürsorgeerziehung auf Antrag der Eltern oder auf eigenen Wunsch eingeleitet. Bei den kriminellen Handlungen der Fürsorgezöglinge lag 23 mal Unzucht, 20 mal Diebstahl vor, die übrigen 8 Vergehen verteilten sich auf Streunen, Unterschlagung und Betrug. Zur Prostitution und Unzucht kamen die Mädchen zumeist durch das Großstadtleben. Als normal in geistiger Beziehung ist nur 1 Mädchen zu bezeichnen, 6 waren debil, 4 leicht imbezill, debil und psychopathisch 3, psychopathisch 26. Die geistig wenig entwickelten Individuen neigten besonders zu Eigentumsvergehen, die psychopathischen mit hysterischen Zügen zu sexueller Verwahrlosung.



Bei der gegenseitigen Abwägung des Einflusses von Milieu und Anlage kommt die Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Die Abnormen überwiegen, wo es sich vornehmlich um Anlageschäden handelt.

2) Milieuschäden beeinflussen Abnorme relativ weniger als Normale.

3) Bei den krankhaft Veranlagten überwiegen die Willensschwachen.

Eine scharfe Grenze zwischen äußeren und inneren Ursachen kann oft nicht gezogen werden.



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

II. LITERATURHEFT ZU BAND LXXIII

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1915

REDIGIERT

VON

OTTO SNELL

DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

HEFT II

AUSGEGEBEN AM 26. FEBRUAR 1918



BERLIN

W. 10. GENTHINERSTRASSE 38

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1918.

Preis des Bandes von 8 Heften (6 Hefte Originalien und 2 Hefte Literaturbericht) 32 Mark.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BONHOEFFER UND **KREUSER**
BERLIN WINNENTAL

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

DREIUNDSIEBZIGSTER BAND
II. LITERATURHEFT



BERLIN
W. 10. GENTHINERSTRASSE 38
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1918

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1915

REDIGIERT

VON

OTTO SNELL

DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

II.

II. LITERATURHEFT

ZUM 73. BANDE

DER ALLGEMEINEN ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE



BERLIN

W. 10. GENTHINERSTRASSE 38

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1918



5. Intoxikations-Psychosen.

Ref.: Otto Snell-Lüneburg.

1. *Albos*, *W. L.*, Psicosis alcohólica sub-aguda en un alcohólico. Gaceta médica del Norte, año 21, núm. 245, p. 145.
2. *Anton*, *G.* (Halle a. S.), Verschlechterung der Erblichkeit bei Trinkern. Alkoholfrage, Jahrg. 11, H. 3, S. 242.
3. *de Benoit*, *Pierre* (Bern), Alkoholiker-Fürsorge. Mit besonderer Berücksichtigung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches und des Vorentwurfs zu einem Schweizerischen Strafgesetzbuch. Bern. G. A. Bäschlin. 243 S. — 3,75 M.
4. *Bertholet*, *E.* (Lausanne), Eredità ed alcoolismo. Il Manicomio 30. ann., no. 1, p. 47.
5. *Bignami*, *A.*, ed *Nazari*, *A.* (Roma), Sulla degenerazione delle commissure encefaliche e degli emisferi nell' alcoolismo cronico. Rivista speriment. di fren. vol. 41, p. 81—148.
6. *Birnbaum*, *K.*, Geistesstörungen im Kriege. Umschau Nr. 43.
7. *Bonhoeffer*, *K.*, Kriegspsychosen. Vossische Ztg. v. 3. Okt. 1915.
8. *Bunge*, Alkoholvergiftung und Degeneration. Leipzig. J. A. Barth. 16 S. — 30 Pf. (S. 81*.)
9. *Chotzen*, *F.* (Breslau), Eifersuchtswahn bei Trinkern. Die Umschau. Märzheft.
10. *Curschmann*, *H.* (Mainz), Über Muskelhypertrophien hyperkinetischen Ursprungs bei toxischer Polyneuritis. Med. Klin. Nr. 44, S. 1199.
11. *Dominick*, *Heinrich*, Über Morphiumentziehung und in ihrem Verlauf vorkommende Psychosen. Inaug.-Diss. 1914, Kiel.
12. *van Dongen* (Utrecht), Morphiumgewöhnung. Pflügers Arch. Bd. 162, H. 1 u. 2.
13. *Farr*, *Cl. B.* (Philadelphia), The relative frequency of Morfin — and Heroinism. New York med. Journ. no. 18.





14. *Fehsenfeld, Georg* (Neuruppin), Die alkoholfreien Ersatzgetränke vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege. Med. Klin. Nr. 17, S. 482. (S. 81*.)

15. *Flusser, Emil*, Über Psychosen beim Kriegstyphus. Wien. med. Wschr. Nr. 39, S. 1448.

16. *Frowein, Otto*, Zur Lehre von der Halluzinose der Trinker. Inaug.-Diss. Kiel.

17. *Fuchs, A.*, und *Waitzki*, Ergotismus und Tetanie. (Verein f. Psych. u. Neurol., Wien. Sitz. v. Mai.) Ref.: Wiener Klin. Wschr. Jahrg. 28, S. 494.

18. *Górski, Marian.*, Beitrag zur Lehre von den Psychosen nach akuten Infektionskrankheiten. Inaug.-Diss. 1914. Kiel.

19. *Gudden, H.*, Chronischer Alkoholismus. Taschenbuch des Feldarztes. Teil 2. München. C. F. Lehmann.

20. *Heffter, A.*, Arsenikvergiftung oder Arsenikophagismus. Ztschr. f. ger. Med. u. öffentl. Sanitätsw. Bd. 50, H. 4, S. 167.

21. *Heiberg*, Alkoholismus und Morbidität. Archiv f. soziale Hygiene u. Demographie Bd. 10, H. 4.

22. *Henderson, K.* (Baltimore), Typhoid fever with permanent memory defect. Americ. journ. of insanity no. 4, p. 685.

23. *Hercod, R.*, Alkohol, Entartung und Rassenhygiene. Nach Dr. Jon Alfred Mjöen. Internat. Mtschr. H. 10.

24. *Herschmann, Heinr.*, Über drei Fälle von Geistesstörung nach Cholera asiatica. D. Militärarzt Nr. 22, S. 359.

25. *v. Hirsch-Gereuth, A.* (Berlin), Vergiftungsversuche mit Adalin. Therap. d. Gegenw., Januarheft.

26. *Hirsch, Samson*, Über neurasthenische Symptome und chronische Bleivergiftung. Inaug.-Diss. Heidelberg.

27. *Hoffmann, F.*, Die Kriegsverletztenfürsorge und der Alkohol. Blätter f. pr. Trinkerfürsorge H. 10.

28. *Hoppe-Seyler* (Kiel), Über die Veränderungen an den inneren Organen, besonders den Verdauungs- und Zirkulationsorganen infolge von chronischem Alkoholismus und ihren Einfluß auf die Felddienstfähigkeit. Med. Klin. Nr. 26, S. 716. (S. 80*.)

29. *Hudovernig, Carl* (Budapest), Zur Therapie der Alkoholpsychosen. Neurol. Ztlbl. Nr. 16, S. 596. (S. 80*.)



30. *Hughes*, *C. M.*, The Harrison antinarcotic law. Its help and its harm. Alienist and neurol. vol. 36, no. 2, p. 155.

31. *Husemann*, *Friedr.*, Über tödliche Veronalvergiftungen. Mitteilung einer auch pathologisch-anatomisch genauer untersuchten Eigenbeobachtung. Inaug.-Diss. Marburg. u. Vjschr. f. ger. Med. u. öffentl. Sanitätsw. Bd. 50, H. 1, S. 543.

32. *Jörger*, *Joh. B.* (Vals i. Graubünden), Über Assoziationen bei Alkoholikern. Inaug.-Diss. Zürich u. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 37, H. 4 u. 5. (S. 79*.)

34. *King*, *C.*, Psychosis of Morphin and Alcohol; was medical profession prepared for Harrison Law? Georgia m. ass. j. August.

35. *Kläsi*, *J.*, u. *Roth*, *O.* (Zürich), Über einen Fall von Safrolvergiftung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, H. 4, S. 235. (S. 83*.)

36. *Knapp*, *Phil. Coombs* (Boston), A case of retrograde-anterograde amnesia following gas-poisoning. Americ. journ. of insan. vol. 72, nr. 2, p. 259.

37. *Lieb*, *Charles*, The reflex of alcohol on the circulation. Journ. of the Americ. med. Ass. vol. 64, nr. 11.

38. *Lipschütz*, *A.*, Alkohol und Degeneration. Der abstinente Arbeiter. H. 21/22.

39. *Lloyd*, *J. H.*, Alkohol and Insanity. The therap. gaz. Juli, S. 457.

40. *Löffler*, *Wilh.* (Basel), Polyneuritis alcoholica mit einseitiger Zwerchfell- und Stimmbandlähmung. D. med. Wschr. Nr. 44, S. 1308.

41. *McLaughlin*, *William K.* (Chicago, Ill.), Treatment of drug addiction and alcoholism. Chicago medical recorder no. of January. (S. 79*.)

42. *Marchiafava*, *Ettore* (Rom), Alcoholism. Selected with editorial comment: Alienist and neurol. vol. 36, nr. 3, p. 247.

43. *Marx*, *Emil*, Über die Häufigkeit und die klinischen Symptome der akuten infektiösen und toxischen Geistesstörungen. Inaug.-Diss. Würzburg.

44. *Mayer*, *Wilh.* (Tübingen), Alkohologene reflektorische Pupillenstarre. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 21, S. 221.

46. *Melzer*, *Karl*, Beitrag zur Lehre von den Psychosen nach Infek-



tionskrankheiten: Psychose bei Diphtherie. Inaug.-Diss. 1914, Kiel.

47. *Mjöen*, *J. A.*, Alkoholismus und Rassenhygiene. Das Klassensystem und die stufenmäßige Besteuerung. Alkoholfrage Jahrg. 11, H. 4.

48. *Moll*, *A.*, Psychopathologische Erfahrungen vom westlichen Kriegsschauplatz. Ztschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 9.

49. *Neff*, *Irwin*, *H.* (Foxborough, Mass.), The modern treatment of inebriety. Americ. journ. of insan. vol. 71, no. 3, p. 549.

50. *Nieuvenhuyse*, *A.*, Vergiftung mit Adalin. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. vol. 59 (II), p. 1500.

51. *Nonne*, *M.* (Hamburg), Ein weiterer Fall von alkohologener reflektorischer Pupillenstarre. Neurol. Ztlbl. Nr. 7 u. 8, S. 254.

52. *Otto*, *Ferdinand*, Statistische und klinische Mitteilungen über die Fälle von chronischem Alkoholismus in den Jahren 1901 bis 1905. Inaug.-Diss. Kiel. 39 S. (S. 79*.)

53. *Page*, *W. B.*, Zur Ätiologie der Pellagra. Med. Record. vol. 87, no. 1.

54. *Paulus*, *Ernst Arnold*, Polioenzephalomyelitis nach Botulismus. Inaug.-Diss. Tübingen.

55. *Pearson*, *C. B.* (West Arlington, Md.), Has there been an increase of suicide among the opium addicts since the passage of the Harrison act, and if so-why? Alienist and neurol. vol. 36, no. 4. p. 349.

56. *Pettit*, *J. G.*, and *Denham*, *C.*, Pellagra in West Virginia hospital for insane. West Virginia m. j., Juni.

57. *Pick*, *A.* (Prag), Beitrag zur Pathologie des Denkverlaufs beim Korsakow. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 28, H. 4 u. 5, S. 344. (S. 82*.)

58. *Pilcz*, *A.* (Wien), Kriegserfahrungen eines Psychiaters. Vaterland Nr. 49.

59. *Plahl*, *F.*, Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der *Korsakow*schen Psychose in der Schwangerschaft. Mtschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 41, S. 293.

60. *von der Porten*, *E.* (Hamburg), Zur Behandlung des Delirium tremens mit Veronal. D. med. Wschr. Nr. 2, S. 34. (S. 81*.)



61. *Potts, Chas. S.* (Philadelphia), A case of probable encephalitis due to the inhalation of the fumes of gazoline. Journ. of nerv. and mental dis. vol. 42, no. 1, p. 24.

62. *v. Rad*, Soldat mit Alkoholhalluzinose (Alkoholparanoia). Berlin. klin. Wschr. Nr. 29, S. 777.

63. *Raubitschek, Hugo* (Czernowitz), Ergebnisse der Pathologie, Entstehungsweise und Ursache der Pellagra. Wiesbaden.

64. *Reich, H. W.* (München), Über den Einfluß des Alkoholgenusses auf Bakterizidie, Phagozytose und Resistenz der Erythrozyten beim Menschen. Arch. f. Hyg. Bd. 84, H. 8.

65. *Römer, C.* (Hamburg), Über die Einwirkung des Krieges auf die Zahl der Alkoholikeraufnahmen im Krankenhause St. Georg-Hamburg. (Ärztl. V. Hamburg, Sitz. v. 15. VI. 15.) Eigenbericht: Neurol. Ztlbl. Nr. 16, S. 623.

66. *Römer, C.* (Hamburg), Alkoholismus und Krieg. (Ärztl. V. Hamburg, Sitz. v. 6. VII. 15.) Ref.: D. med. Wschr. Nr. 45, S. 1354.

68. *Rupprecht*, Landgerichtsrat (München), Armengesetz und Trunksuchtsbekämpfung. Münch. med. Wschr. Nr. 43, S. 1462.

69. *Rupprecht*, Landgerichtsrat (München), Staatliche Bekämpfung der Trunksucht. Die Alkoholfrage Jahrg. 11, H. 3, S. 246.

70. *Rupprecht*, Landgerichtsrat (München), Alkohol und Verbrechen. Alkoholfrage Jahrg. 11, H. 2, S. 109. (S. 82*.)

71. *Seelerth, C. F.*, and *Beifield, A. F.*, Wet brain by chronic alcoholism. American journ. of med. scienc. no. 519, p. 881.

72. *Schabelitz, H.* (Zürich), Experimente und Selbstbeobachtungen im Bromismus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 28, H. 1, S. 1. (S. 83*.)

73. *Schneider, Kurt* (Köln), Ein Veronaldelirium. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 72, H. 1, S. 87.

74. *Schnitzler, J. G.*, Wärmestauung beim Delirium tremens. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. vol. 59 (II), p. 733.

75. *Schultze, Ernst* (Göttingen), Toxische Psychosen. Lehrbuch der Psychiatrie, herausg. von *Binswanger u. Siemerling*. 4. Aufl. Jena, G. Fischer. 267 S. (S. 79*.)



76. *Sebardt, Carl*, Alkohol und Epilepsie. Nord. med. Arch., Med. Abt. (1914/15), H. 1 u. 2.

77. *Seige, Max* (Partenkirchen), Typhuspsychosen im Felde. Neurol. Ztlbl. Nr. 9, S. 291.

78. *Singer, H. D.* (Kaukakee, Ill.), Mental and nervous disorders associated with pellagra. Arch. of internat. med. vol. 15, p. 121. (S. 84*.)

79. *Sittig, O.*, Zur Pathogenese gewisser Symptome eklamptischer Psychosen. Mtschr. f. Psychiatr. Bd. 38, H. 2, S. 153.

80. *Specht* (Amtmann in Heidelberg), Wie werden die besonderen Schwierigkeiten persönlicher, sachlicher und finanzieller Art, welche der Trinkerfürsorge in der Kriegszeit entgegenstehen, überwunden? Alkoholfrage Jahrg. 11, Nr. 2, S. 120.

81. *v. Strauß u. Torney* (Berlin), Der Alkohol, sein Mißbrauch und deren Folgen. Berlin. Mäßigk.-Verl. 16 S.

82. *Stuchlik, Jar.* (Rot-Kosteletz), Über die hereditären Beziehungen zwischen Alkoholismus und Epilepsie. Korr.-Bl. Schweizer Ärzte Nr. 3.

83. *Stuchlík, Jar.* (Rot-Kosteletz, Böhmen), Über die *Forel*sche Theorie von blastophthorischer Wirkung des Alkohols. Věstník V. ajez. čes. lék. a pšír. p. 497. (Böhmisch.) (S. 81*.)

84. *Tasawa, R.*, Experimentelle Polyneuritis im Vergleich zur Beri-Beri. Ztschr. f. exper. Path. u. Therap. Bd. 17, H. 1.

85. *Theunissen, W. F.*, Die Behandlung des Delirium tremens. Med. Tijdschr. v. Geneesk. vol. 59 (I), S. 169.

86 *Tizzoni, G.*, e *de Angelis, G.*, Ricerche batteriologiche eseguite nella campagna pellagrologica per l'anno 1913. Rivista speriment. di freniatria vol. 41, p. 149—200.

87. *Uhthoff, W.* (Breslau), Beitrag zu den Sehstörungen durch Methylalkoholvergiftungen. Klin. Mbl. f. Augenheilk. Bd. 54, S. 48. (S. 83*.)

88. *Weicht, Leo*, Über Psychosen bei Gelenkrheumatismus. Inaug.-Diss. Kiel.

89. *Wilson, R. H.* (Philadelphia), The influence of tobacco and alcool on the cardio-vascular system. New York med. journ. no. of Sept. 11th.



a) Allgemeines.

Schultze (75) bezeichnet als toxische Psychosen die ausgesprochen krankhaften psychischen Reaktionen des Individuums auf dem Organismus zugeführte giftige Stoffe. Die giftig wirkenden Stoffe sind Nahrungs-, Genuß-, Arzneimittel und gewerbliche Gifte. Für den Ausfall der Reaktion ist auch der andere Faktor, das Individuum, von Belang. Wenn nur einzelne Individuen unter sonst gleichen äußeren Verhältnissen auf ein Gift reagieren, so kann daran nur die persönliche Veranlagung, die Disposition, schuld sein. Diese Disposition kann angeboren oder erworben, vorübergehend oder dauernd sein. Es werden genauer erörtert die akute Alkoholvergiftung mit der pathologischen Alkoholreaktion, die chronische Alkoholvergiftung mit den Unterabteilungen Delirium tremens, Halluzinose der Trinker, chronischer Alkoholismus und Eifersuchtswahn der Trinker, *Korsakow*sche Psychose und als Anhang Dipsomanie, die durchaus keine toxische Psychose ist, ferner Morphinismus, Kokainismus, Bleivergiftung und Kohlenoxydvergiftung.

McLaughlin (41) behauptet, Alkoholismus, Kokainismus und Morphiumsucht in kürzester Zeit und ohne Beschwerden nach einer von *Lambert* angegebenen Methode unter Anwendung eines Gemisches von Belladonna, Xanthoxyl und Hyoszyamus zu heilen.

b) Alkoholismus.

Jörger (32) teilt die Ergebnisse von Assoziationsexperimenten mit, die er mit Alkoholikern anstellte. Er fand, daß sich die Störungen bei den Assoziationen der Alkoholiker in 2 Gruppen zerlegen lassen: 1. Eine Verlängerung der Reaktionszeit, eine Neigung zu Wiederholungen von Reizworten und Reaktionsworten, eine erhöhte Zahl innerer Assoziationen und eine dementsprechend verringerte Zahl sprachlich-motorischer Assoziationen. Diese Ergebnisse zeigten sowohl in der einzelnen Assoziationsreihe als in der Serie von Experimenten während der Erholung unter Abstinenz eine Zunahme oder zum mindesten die Tendenz, ausgesprochener zu werden. Sie lassen sich mit einer Auffassungsstörung am besten erklären. 2. Eine Vermehrung sinnloser Reaktionen und Perseverationen, verminderte Reproduktionsfähigkeit, Neigung zu Reaktion in Satzform, Vermehrung von Klangassoziationen. Diese Zeichen nehmen im Gegensatz zu den unter 1 aufgezählten ab.

Otto (52) berichtet über die Fälle von chronischem Alkoholismus, die in den Jahren 1901—1904 in der Psychiatrischen Klinik zu Kiel behandelt wurden. In diesen 5 Jahren kamen 479 Männer und 24 Frauen zur Aufnahme; das waren von den überhaupt aufgenommenen Kranken 26,7% alkoholkranke Männer und 2,3% alkoholkranke Frauen. In 150 Krankengeschichten fand *Otto*, daß 125 regelmäßig gewöhnlichen Branntwein (Kümmel, Korn) genossen, und zwar in Quantitäten bis zu einem Liter täglich; 12 tranken Kognak, 13 Grog, je 2 Pfefferminz oder Vanille, 5 reinen Rum, einer Kaffeepunsch, bestehend aus ¼ Rum und ¾ Kaffee, 4 hielten sich an den Magenbittern und 2 tranken Rotwein, der dem einen anfangs von einem Arzte verordnet worden war. Daneben trank die Mehrzahl regelmäßig Bier, durchschnittlich 5 bis 20 Flaschen am Tage. Ein Patient trank nach Angabe seiner Frau täglich 40 bis 60 Flaschen. Von den 150 Trinkern standen 7 im dritten Jahrzehnt

hres Lebens, 37 im vierten, 52 im fünften, 32 im sechsten; über 60 Jahre alt waren i10 und über 70 Jahre 2. Die meisten wurden in betrunkenem Zustande aufgenommen, nicht nur die, welche polizeilich eingeliefert wurden, sondern auch solche, die aus eigenem Antrieb kamen, nachdem sie sich gehörig Mut getrunken hatten. In 13 Fällen war der Vater ein Potator, in 8 Fällen die Mutter eine Trinkerin, in 3 Fällen waren beide Eltern dem Trunke ergeben. Minderwertigkeit der Eltern oder Geschwister konnte 42mal festgestellt werden. Unter den 150 Fällen zeigten 43 die typische Alkohol-Polyneuritis. Ein Fall von *Korsakow*scher Psychose wird ausführlich mitgeteilt. Von den 150 Fällen wurden 22 zweimal, 4 dreimal, je einer 4-, 7- und 10mal aufgenommen; 3 hatten sich bereits in andern Irrenanstalten aufgehalten. Der einzige sichere Weg zur Trinkerheilung ist nach 1- bis 2jährigem Aufenthalt in einem Trinkerasyl die vollständige dauernde Abstinenz und der Beitritt zu einem Abstinenzverein.

Hudovernig (29) wendet bei Alkoholpsychosen, um eine rasche Durchwaschung der Gewebe und des Nervensystems und damit eine rasche Entfernung des angehäuften Alkoholgiftes zu erreichen, Pilokarpin an, das bekanntlich die Speichel- und Schweißdrüsensekretion mächtig anregt. Weil das Pilokarpin ein Herzgift ist, darf es bei Kranken mit ausgesprochener Herzschwäche und Arteriosklerose nicht angewendet werden. *H.* gibt bei absoluter Bettruhe ein Digitalispräparat und während 8 bis 10 Tagen täglich eine Injektion von salzsaurem Pilokarpin, dessen Anfangsdosis am ersten Tage 0,005, dann aber 0,01 beträgt. Dabei bekommen die Kranken in der ersten Woche leichte, zumeist flüssige Diät. Bäder und Packungen kommen nur ausnahmsweise zur Anwendung. Es trat mächtige Salivation und Schweißausbruch auf. Bei einigen, aber nicht bei allen Kranken hatte der Schweiß Alkoholgeruch. Bei den 15 Kranken, die so behandelt wurden, erfolgte die psychische Aufhellung überraschend schnell; auch die körperlichen Erscheinungen der Alkoholvergiftung zeigten eine raschere Rückbildung, wenn auch nicht in dem Maße wie die Delirien und Halluzinationen.

Hoppe-Seyler (28) berichtet über die Erkrankungen der Zirkulationsorgane, der Leber und der Nieren, nicht die des Nervensystems, die er bei chronischen Alkoholisten beobachtet hat, und über ihren Einfluß auf die Felddienstfähigkeit. Der Einfluß, den der Alkoholismus auf die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit des Menschen ausübt, ist ein sehr schwankender und damit die Beeinträchtigung der Felddienstfähigkeit bei den einzelnen Individuen außerordentlich verschieden. Aus den Beobachtungen geht hervor, daß übermäßiger chronischer Alkoholgenuß die Felddienstfähigkeit in erheblichem Maße schädigen kann; er ist daher möglichst im Felde zu verbieten. Besonders muß man dafür sorgen, daß, wenn schon durch mangelhafte Nahrung, durch übermäßige Körperanstrengungen, durch Hitze, Kälte oder Nässe der Organismus geschädigt ist, die Organveränderungen nicht noch durch alkoholische Getränke verschlimmert werden. Es ist auch in Betracht zu ziehen, daß Infektionskrankheiten, wie Typhus, Ruhr, Cholera, septische Erkrankungen und Pneumonien bei Alkoholikern schwerer zu verlaufen pflegen und leichter infolge der bestehenden Darm-, Herz- oder Nierenstörungen mit dem Tode enden. Es wird allerdings nicht möglich sein, den Alkohol ganz bei



den Truppen auszuschalten, und das ist auch nicht nötig, aber man muß den Verbrauch einzuschränken, namentlich den regelmäßigen stärkeren Genuß zu bekämpfen suchen.

v. Bunge (8) lenkt die Aufmerksamkeit auf die zunehmende Unfähigkeit der Mütter, ihre Kinder zu stillen. In den Städten Deutschlands und der Schweiz ist bereits mehr als die Hälfte aller Frauen unfähig zum Stillen. Die Nachforschungen in mehr als 1600 Familien führten zu folgendem Ergebnis: War der Vater ein Trinker, so verliert die Tochter die Fähigkeit, ihr Kind zu stillen. Die Unfähigkeit zum Stillen ist keine isolierte Erscheinung. Sie paart sich mit andern Symptomen der Degeneration, insbesondere mit einer Widerstandslosigkeit gegen Erkrankungen aller Art, an Nervenleiden, an Tuberkulose, an Zahnkaries. Die chronische Alkoholvergiftung ist nicht die einzige Ursache aller dieser Leiden und Gebrechen, aber sie ist diejenige Ursache, die sich gleich beseitigen läßt.

von der Porten (60) behandelt Delirium tremens mit Veronal und hält Morphin und Hyoszin für ungeeignet.

Stuchlík (83) diskutiert die *Forel*sche Ansicht über die blastophthorische Wirkung des Alkohols und kommt zum Schluß, daß die akute Blastophthorie, wie sie *Forel* annimmt, sehr fraglicher Natur ist, weil sowohl theoretische als auch faktische, aus der Literatur gesammelte Beispiele nur für die chronische Vergiftung sprechen; eine akute Wirkung ist nur auf dem chronischen Grunde möglich. In diesem Sinne muß man die Gültigkeit der oben erwähnten Theorie reduzieren.

Jar. Stuchlík.

Fehsenfeld (14) bespricht die alkoholfreien Ersatzgetränke vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege. Er hält den Alkohol für einen Nahrungsstoff, der aber als Nahrungsmittel im weiteren Sinne nicht in Betracht kommen kann wegen seiner toxischen Eigenschaften. Dagegen ist der Alkohol als hervorragendes Genußmittel zu bezeichnen. Da aber jeder übertriebene und gewohnheitsmäßige Genuß alkoholischer Genußmittel schädliche Folgen hat, ist die öffentliche Bekämpfung des Mißbrauchs alkoholischer Getränke zu begrüßen. Die Industrie hat es sich zur Aufgabe gemacht, als Ersatz an Stelle der zu vermeidenden alkoholischen Getränke solche zu schaffen, die aus denselben Rohstoffen hergestellt werden aber keinen Alkohol enthalten. An diese Ersatzgetränke muß man folgende Anforderungen stellen: Sind sie unschädlich? Haben sie Nährwert? Sind sie Genußmittel? Das heißt, lassen sie sich längere Zeit ohne Widerwillen trinken? Sind sie ein gleichwertiges Genußmittel gegenüber den alkoholischen Getränken? Sind sie nicht zu teuer im Preise? Die alkoholfreien Fruchtsäfte sind wegen ihres großen Gehaltes an Stoffbildnern, an Zucker- und Mineralstoffen ein wirkliches Nahrungsmittel. Die Konservierung alkoholfreier Ersatzgetränke durch Zusetzen chemischer Konservierungsmittel ist jedoch abzulehnen. Die Eigenschaft als Genußmittel wird den alkoholfreien Fruchtsäften zugesprochen, jedoch nicht in demselben Grade wie den alkoholischen Getränken; dabei wird der sehr anfechtbare Grund angeführt, daß man von den alkoholfreien Getränken wegen ihres hohen Zuckergehaltes nicht so viel trinken möge wie von den alkoholhaltigen. Ihr Preis ist für ein allgemeines Volksgenußmittel zu hoch. *F.* kommt zu dem Schlusse, daß die alkoholfreien Ersatz-



getränke hygienisch wertvoll und im Kampfe gegen den Mißbrauch alkoholischer Getränke von unzweifelhaftem Nutzen sind.

Rupprecht (70) berichtet über Alkohol und Verbrechen in Bayern. Die bayerische Justizverwaltung läßt seit dem Jahre 1910 Ermittlungen anstellen über Art und Umfang des Einflusses des Alkoholgenusses auf die Verübung strafbarer Handlungen. Diese Ermittlungen erstrecken sich auf Verurteilungen wegen Verbrechen und Vergehen gegen die Reichsgesetze in den Fällen, in denen nach den Feststellungen des Urteils die strafbare Handlung im Zustande der Trunkenheit begangen wurde oder offensichtlich auf gewohnheitsmäßigen Alkoholgenuß des Täters zurückzuführen ist. Im Jahre 1910 wurden in Bayern insgesamt 67 176 Personen verurteilt, von denen 8864 oder 13,19% im Zustande der Trunkenheit die Straftat begangen hatten. Die Zahl der Verurteilten ist bis 1913 ziemlich gleich geblieben, der Prozentsatz der Trinker ist etwas gesunken, auf 11,58%. An den wegen Trunkenheitsdelikte Verurteilten sind die Bauern, selbständigen Gewerbetreibenden und Kaufleute mit verhältnismäßig geringen Zahlen beteiligt, dagegen zeigen die landwirtschaftlichen Dienstboten, die unselbständigen Gewerbegehilfen und insbesondere die Arbeiter eine ganz erhebliche Alkoholkriminalität. Mehr als die Hälfte der „Arbeiter“ gehören zu den ungelernten Arbeitern, Tagelöhnern und Gelegenheitsarbeitern. Je unsicherer und unbeständiger die Grundlage des Erwerbs und der Arbeit ist, je weniger eigene Verantwortung der Beruf mit sich bringt, um so stärker ist die Neigung, den verdienten Lohn in Alkohol umzusetzen. Die in Industrie und Gewerbe tätigen Personen liefern etwa doppelt so viele Alkoholdelikte als die gleiche Zahl von Personen, die in Land- und Forstwirtschaft beschäftigt sind. Dagegen ereignen sich unter der Bevölkerung der großen Städte ganz erheblich weniger Alkoholexzesse als in Kleinstädten und auf dem Lande. Unter den in der Trunkenheit verübten strafbaren Handlungen stehen die Roheitshandlungen, besonders vorsätzliche Körperverletzung, obenan. Für jedes Jahr ergibt sich eine Gesamtsumme von mehr als tausend Jahren Gefängnis, die für im Rauschzustand verübte Straftaten verhängt wurden. Diese Zahlen weisen mit Eindringlichkeit auf die Notwendigkeit einer energischen Trinkerfürsorge und Bekämpfung der Trunksucht hin.

c) *Korsakow*sche Psychose.

Pick (57) beobachtete einen Fall von wahrscheinlich tuberkulöser Meningitis, der nach dem Abklingen der meningitischen Erscheinungen das Zustandsbild der *Korsakow*schen Psychose bot. In den mit ihm angestellten Gesprächen zeigte er das Nebeneinanderstehen ganz unvereinbarlicher und dadurch ganz unsinnig erscheinender Gedankenkomplexe und das Fehlen jedes Bedürfnisses einer Korrektur derselben. Korrigierende Gedanken tauchen in diesem Zustande nicht nur nicht auf, sondern sie haben, wenn sie direkt dem Kranken entgegengehalten werden, nicht die erwartete Wirkung. Zur Erklärung dieser Erscheinung kann es vielleicht dienen, daß hier der unsinnige Gedanke den Charakter des Selbsterworbenen, des Eigenbesitzes hat, dem gegenüber die Belehrung seitens anderer unwirksam bleibt.

d) Andere Gifte.

Schabelitz (72) stellte an sich selbst Experimente über Bromismus an. Fast 2 Monate lang hielt er eine Diät ein, die aus täglich 2 l Milch, 4 Eiern, Zwieback, Hafermehl und Obst bestand. Nachdem diese sehr kochsalzarme Diät 14 Tage lang eingehalten war, wurden 22 Tage lang je 5 g Bromnatrium genommen, dann 2 Tage je 10 g. Das Auffallendste unter den beobachteten Ergebnissen war das Auftreten einer submanischen Stimmung. Nachdem zu Beginn der Bromisierung Euphorie mit schlechter Laune abgewechselt hatte, blieb vom 7. Bromtage ab die Stimmung dauernd euphorisch mit Rededrang und motorischer Unruhe. Dann wurden alte Erinnerungen aus der Jugendzeit neu belebt, während frische Eindrücke nur wenig haften blieben. Mit Aussetzen der Bromzufuhr und Zusatz von Kochsalz wechselte die Stimmung wie mit einem Schlage: der Euphorie folgte eine Depression. Von den bekannten Erscheinungen des Bromismus — Verlangsamung des Denkens und der willkürlichen Bewegungen, wachsende Unbesinnlichkeit, Interesselosigkeit, Ataxie usw. — ließen sich durch das psychologische Laboratoriumsexperiment nur folgende feststellen: I. Die Gedächtnisstörung für im Bromismus gemerkte Bilder, Farben und Buchstaben (Ausbleiben eines Übungszuwachses); dabei ergab sich als Nebenbefund das Erhaltensein des Gedächtnisses für vor der Bromisierung gemerkte Bilder, Farben und Buchstaben. II. Die Verlangsamung der psychischen Arbeitsleistung (Verlängerung der Reaktionszeiten im Assoziationsexperiment, langsameres Zusammenzählen von Zahlen in den *Kraepelin*schen Heften). Sehr schön zeigten diese Experimente, daß Kochsalzgaben diese Erscheinungen restlos zum Verschwinden bringen. Die Wirkung des Broms auf das Gefäßsystem scheint darin zu bestehen, den Tonus der Vasomotoren herabzusetzen, im Gegensatz zum Kochsalz, das die Ansprechbarkeit der Gefäßinnervation schon auf geringe psychische und mechanische Reize erhöht.

Uthoff (87) beschreibt Sehstörungen durch Methylalkoholvergiftung. Ungefähr 200 Mann tranken versehentlich Methylalkohol statt Schnaps aus einem Gefäß von etwa 40 l, das sie auf einem Bahnhof gefunden hatten. Etwa 50 Mann erkrankten unter Vergiftungserscheinungen und 12 von ihnen starben. Neben Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Magenbeschwerden, Muskelschmerzen, Somnolenz und auch Schlaflosigkeit traten Sehstörungen auf, die in den meisten Fällen vorübergehend waren und in Flimmern und Verschwommensehen bestanden. In einigen Fällen dagegen kam es zu schweren Störungen, bis zu elftägiger vollständiger Amaurose. Unter allen Giften wirkt keines so elektiv auf den Sehnerven und die Retina schädigend wie der Methylalkohol.

Kläsi und *Roth* (35) haben einen Fall von Safrolvergiftung beobachtet. Ein 36jähriger Mann trank aus Versehen mehrere Schluck einer Flüssigkeit, die als Maccassaröl bezeichnet wurde. Schon nach 10 Minuten traten Gefühle von Unbehagen, Unruhe, Schwindel, dann Störungen der Orientiertheit und halluzinatorische Erscheinungen auf. Wenig später verfiel er in eine schwere Benommenheit, in der er nach langem Angerufenwerden kaum noch seinen Namen richtig angeben konnte und motorisch so aufgeregt wurde, daß er gefesselt werden mußte. Bei der Auf-



nahme in das Kantonsspital zu Zürich fielen starker anisähnlicher Geruch der Exspirationsluft, leichter Nystagmus horizontalis und Steigerung der Patellarreflexe auf. Dann trat Erbrechen und Diarrhöe auf, nach einigen Tagen tonische Krämpfe und zeitweises Verschwinden der Patellarreflexe. Auf psychischem Gebiete bestanden Desorientiertheit, Amnesie, Illusionen und Halluzinationen des Gesichtes, Gehörs, Geruchs und der Körperempfindungen. Mit dem Verschwinden des anisähnlichen Geruches der Exspirationsluft ging der halluzinatorische Zustand in eine Depression, einige Tage später in dauernde Heilung über.

e) Pellagra.

Nach *Singer* (78) treten geistige Störungen bei 40% aller Fälle von Pellagra auf, und zwar am häufigsten bei Männern im Alter von 21—40 und bei Frauen im Alter von 41—60 Jahren, nicht bei Kindern. 95% der Geisteskrankheiten sind unmittelbare Folgen der pellagrösen Vergiftung; in diesen Fällen wird die geistige Störung geheilt, falls die Kranken am Leben bleiben. Die übrigen 5% beruhen auf einem zufälligen Zusammentreffen von Pellagra und Geistesstörung. Chronische Geisteskrankheiten und Nervenkrankheiten sind selten die Folge von Pellagra.

---

6. Organische Psychosen.

Ref.: E. Schütte-Lüneburg.

Durch die Krankheit und den Tod des bisherigen Referenten Pförringer ist leider nicht nur das bereits fertiggestellte Manuskript, sondern auch das Material, das ihm ins Feld nachgeschickt war, verloren gegangen. Das Referat konnte nur in beschränkten Umfang nachgeholt werden.

1. *Alexander, Alfred*, Zur Symptomatologie und Pathologie der Kleinhirnzysten. Inaug.-Diss. 1914, Kiel.
2. *Alin, E.*, Fall von Gehirntumor, Eklampsie vortäuschend. Nord. med. Arkiv (Kirurgie) 1914, I, n. 1915, fasc. 3.
3. *Alter, W.* (Lindenhaus), Zur mikroskopischen Untersuchung der Rückenmarksflüssigkeit. D. med. Wschr. Jahrg. 41, S. 1430.
4. *Anton, G.* (Halle), Über psychische Folgen von Kopfverletzungen mit und ohne Gehirnerschütterung. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 41/42, S. 365.
5. *Antoni, N. R. E.* (Stockholm), Über Praetabes. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 27, S. 201. (S. 102*.)
6. *Aron, Friedr.*, Zur Symptomatologie und Pathologie der Tumoren der großen Ganglien. Inaug.-Diss. Kiel.



7. *Artom*, *Gustav* (Rom), Klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zum Studium des Hirnechinokokkus. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, H. 1—2, S. 103. (S. 108*.)

8. *Ayer*, *W. D.*, The pathology of brain tumors. Albany med. ann. vol. 36, no. 5.

9. *Ball*, *Ch. R.*, Focal disease of the brain. Journ. of the Americ. med. ass. vol. 65, no. 7.

10. *Ball*, *Jan Don* (Oakland, Cal.), Syphilis as the etiological factor in the so-called functional neuroses and psychoses. The Amer. journ. of insanity vol. 72, no. 1, p. 93.

11. *Bielschowsky*, *Max* (Berlin), Über Mikrogyrie. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 22, H. 1.

12. *Bielschowsky*, *Max* (Berlin), Epilepsie und Gliomatose. Journ. f. Psych. u. Neurol. Bd. 21, Erg.-H. 2.

13. *Bignami*, *A.*, ed *Nazari*, *A.* (Rom), Sulla degenerazione delle commissure encefaliche e degli emisferi nell'alcoolisme chronico. Rivista sper. di fren. vol. 41, p. 81.

14. *Bikeles*, *G.*, Ein Fall von Tabes dorsalis mit akut einsetzenden ungewöhnlichen Koordinationsstörungen am Rumpf. Neurol. Ztlbl. Nr. 19, S. 707. (S. 104*.)

15. *Blauner*, *S. A.*, Hereditary cerebellar ataxia. New York med. journ. Vol 100, no. 2.

16. *Bolk*, *L.*, Über die verschiedenen Arten der Schädelmißbildungen beim Menschen. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. vol. 59 (I), p. 1221.

17. *Bolten*, *C. G.* (Haag), Die Erklärung der Erscheinungen der Epilepsie. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 53, H. 1—2.

18. *Bonhoeffer*, *K.* (Berlin), Demonstration zur Pathologie der Kleinhirnbrückenwinkel-Tumoren. (Berl. Ges. f. Psych. u. Nervenkrkh. 8. II. 15.) Eigenbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R.- u. E.- Bd. 11, H. 4, S. 281.

19. *Bonhoeffer*, *K.* (Berlin), Doppelseitige symmetrische Schläfen- und Parietallappenherde als Ursache dauernder Wortblindheit bei erhaltener Tonskala, verbunden mit taktiler und optischer Agnosie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 37, H. 1, S. 17. (S. 107*.)

20. *Bonhoeffer*, *K.* (Berlin), Psychiatrie und Neurologie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 37, H. 2, S. 96.
21. *Borchardt*, *Ludw.* (Berlin), Ungewöhnlicher Symptomenkomplex bei einem Falle von symptomatischer Psychose. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 37, H. 2, S. 116. (S. 109*.)
22. *v. Bremen*, *Rud.*, Über Lumbalpunktionen bei der progressiven Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der Salvarsantherapie. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 105*.)
23. *Brouwer*, *B.*, u. *Blauwkuip*, *H. J. J.* (Amsterdam), Über das Zentralnervensystem bei perniziöser Anämie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, H. 5, S. 286. (S. 111*.)
24. *Brückner*, *E. L.* (Hamburg), Die diagnostische Bedeutung der *Weil-Kafka*schen Hämolysinreaktion für die Psychiatrie. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 1, S. 287. (S. 103*.)
25. *van Bouwdijk Bastiaanse* (Utrecht), Primäres, metastasierendes Gehirnkarzinom. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 27, S. 96. (S. 108*.)
26. *Büller*, *Georg*, Die Nachbehandlung des Hirnnervenabszesses mit besonderer Berücksichtigung des Kleinhirnabszesses. Inaug.-Diss. Erlangen.
27. *Burr*, *Charles W.*, Continous clonic spasm of the left arm, caused by a tumor of the brain. Americ. journ. of med. sc. no. of Febr.
28. *Castex*, *Mar. R.*, u. *Bolo*, *Pedro* (Buenos Aires), Sarkom der linken motorischen Region. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 2, S. 479. (S. 108*.)
29. *Ceni*, *Carlo* (Cagliari), La commozione cerebrale e gli organi genitali maschili. Riv. speriment. di fren. vol. 41, p. 1—34.
30. *Christoffel*, *H.*, Ein seltener Fall von Kommotionsneurose. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Jahrg. 45, S. 493.
31. *Ciarla*, *Ernesto* (Rom), Ein Beitrag zum histologischen Befunde der senilen Hirnrinde. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 1, S. 223. (S. 106*.)
32. *Colmant*, *Georg*, Ein Beitrag zur Ätiologie der Stirnhirntumoren. Inaug.-Diss. Kiel.
33. *Cotton*, *Henry* A. (Trenton, N. Y.), The treatment of paresis and tabes dorsalis by salvarsanized serum. The Americ. journ. of insanity vol. 72, no. 1 und 2, p. 125, 354.



34. *Cotton, H. A.* (Trenton, N. Y.), Greasy degeneration of the cortex in psychoses. Journ. of experim. med. vol. 22, no. 4.

35. *Cowe, Archibald*, Der gliöse Anteil der senilen Plaques. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 29, S. 92. (S. 106*.)

36. *Curschmann, H.* (Mainz), Über atypische multiple Sklerosen und luetische Spinalleiden bei Heeresangehörigen. Münch. med. Wschr. Nr. 31, S. 1061. (S. 113*.)

37. *Doinikow, Boris*, Über De- und Regenerationserscheinungen an Achsenzylindern bei der multiplen Sklerose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 27, S. 151. (S. 112*.)

38. *Draper, G.*, Effect of intravenous and intraspinal treatment of cerebrospinal syphilis. Arch. of intern. med. vol. 15, no. 1.

39. *Dreyfus, Georg C.* (Frankfurt a. M.), Salvarsannatrium und seine Anwendung in der Praxis. Münch. med. Wschr. Nr. 6, S. 178.

40. *Dürbeck, Paul*, Ein Fall von Akromegalie. Inaug.-Diss. München.

41. *Elsberg, Charles A.* (New York), Puncture of the corpus callosum with special reference to its value as a decompressive measure. The journ. of nerv. and mental dis. vol. 42, no. 3, p. 140.

42. *Emanuel, Gustav* (Charlottenburg), Eine neue Reaktion zur Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. Berl. klin. Wschr. Nr. 30, S. 792.

43. *Enge, J.* (Lübeck), Über die Bedeutung der progressiven Paralyse und ihre Behandlung in der allgemeinen Praxis. Ztschr. f. ärztl. Fortbildung. Jahrg 12, Nr. 4 u. 5.

44. *Enge, J.* (Lübeck), Die Beziehungen zwischen körperlicher Erkrankung und Geistesstörungen. Med. Klin. Nr. 25 u. 26. (S. 114*.)

45. *Fabry* und *Fischer, A.* (Dortmund), Über ein neues Salvarsanpräparat „Salvarsannatrium". Münch. med. Wschr. Nr. 18, S. 612.

46. *Falta, W.*, Fall von Akromegalie mit Hypertrichose. Mitt. der Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien Bd. 14, S. 19.

47. *Fischer, Bernh.* (Frankfurt a. M.), Über Todesfälle nach Salvarsan. D. med. Wschr. Nr. 31, 32 u. 33.

48. *Forster, E.* (Berlin), Ein Fall von Paralyse mit negativem Wassermann in Blut und Liquor. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, S. 162. (S. 104*.)



49. *Forster, E.* (Berlin), Ein Fall von Paralyse mit negativem Wassermann im Blut u. Liquor. (Kasuist. Mitteil. a. d. Psych. u. Nervenklin. I der Charité). Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, H. 3, S. 162.

50. *Frey, Ernst* (Budapest), Beitrag zur Klinik und pathologischen Anatomie der *Alzheimer*schen Krankheit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 27, S. 397. (S. 106*.)

50a. *Frey, Rudolf*, Beitrag zur Kenntnis der traumatischen Epilepsie infolge einer Cephalo-hydrocele spuria traumatica. Inaug.-Diss. München.

51. *Friedländer, Jul.* (Frankfurt a. M.), Zerebellare Symptomenkomplexe nach Kriegsverletzungen. Neurol. Ztlbl. Nr. 21, 813. (Vgl. *Löwenstein, Kurt*, dieselbe Ztschr. Nr. 17 u. 21, S. 816.)

52. *Fumarola, Gioacchino* (Rom), Das Syndrom der Kleinhirnbrückenwinkel-Tumoren. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 3, S. 781. (S. 108*.)

53. *Gennerich, W.* (Kiel), Beitrag zur Lokalbehandlung der meningealen Syphilis. Münch. med. Wschr. Nr. 49, S. 1696.

54. *Gennerich, W.* (Kiel), Die Ursachen von Tabes und Paralyse. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, H. 6, S. 341. (S. 101*.)

55. *Gensichen, Theodor*, Zur Symptomatologie der Kleinhirntumoren. Inaug.-Diss. Kiel (S. 108*.)

56. *Gerstmann, J.*, u. *Perutz, A.* (Wien). Taboparalyse bei einer fünf Jahre alten, mit Quecksilber und Salvarsan behandelten Syphilis. Sitzungsber.: Wiener klin. Wschr. Jahrg. 28, S. 1175.

57. *Gierlich* (Wiesbaden), Über den Eigenapparat des Conus terminalis. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 2, S. 572.

58. *Gierlich* (Wiesbaden), Ein Papillom im IV. Ventrikel mit Operationsversuch und Sektionsbefund. D. med. Wschr. Jahrg. 41, S. 883.

59. *Gölkel, Karl*, Zur Diagnose der Meningitis im Kindesalter. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 112*.)

60. *Götz, O.*, Zur Kasuistik der Encephalitis cerebelli. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 54, H. 2/3, S. 161.

61. *Goldstein, Kurt* (Frankfurt a. M.), Beobachtungen an Schußverletzungen des Gehirns und Rückenmarks. Eigenbericht: D. med. Wschr. Nr. 8 u. 9.

62. *Goldstein, Kurt* (Frankfurt a. M.), Über den zerebellaren Symp-



tomenkomplex in seiner Bedeutung für die Beurteilung der Schädelverletzten. Münch. med. Wschr. Nr. 42, S. 1439. (S. 110*.)

63. *Gregg*, *Donald* (Brookline, Mass.), Somatic characteristics of general paresis. Boston med. and surg. journ. vol. 172, p. 519.

64. *Grey*, *Ernest G.* (Boston), Studies on the localization of cerebellar tumors. I. The significance of staggering gait, limb ataxia, the Romberg test, and adiachokinesis. The American journ. of mental dis. vol. 42, no. 10, p. 670.

65. *Gutmann*, *C.* (Wiesbaden), Über Salvarsannatrium. Berl. klin. Wschr. Nr. 16, S. 400.

66. *Hagen*, *F.* J. (Amersfoort), Meningitis cerebrospinalis. Ned. Tijdschr. v. Geneesk., Juli- Nr.

67. *Haskell*, *Robert*, Familial syphilitic infection in general paresis. The Journ. of the American med. ass. vol. 64, no. 11.

68. *Hassin*, *G. B.*, Dementia and multiple tuberculous brain abscesses. Med. record vol. 88, no. 18.

69. *Haupt*, *Adolf*, Ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Encephalomalazie und Tumor cerebri. Inaug.-Diss. Kiel.

70. *Haymann*, *Herm.* (Konstanz), Einige Bemerkungen über Prodromal- und Initialsymptome der progressiven Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 29, S. 84. (S. 103*.)

71. *Heinicke*, *W.*, und *Künzel*, *W.* (Großschweidnitz), Zur kombinierten Tuberkulin-Quecksilberbehandlung der progressiven Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 2, S. 527. (S. 105*.)

72. *Henschen*, *Folke* (Stockholm), Zur Histologie und Pathogenese der Kleinhirnbrückenwinkel-Tumoren. Arch. f. Psych. Bd. 56, H. 1, S. 20.

73. *Herter*, *P.* (Stuttgart), Zur Symptomatologie der Stirnhirntumoren. Arch. f. Psych. Bd. 56, H. 1, S. 280.

74. *Herzog*, *B.* (Mainz), Ein Fall von partieller Seelenblindheit, optischer Aphasie und Ataxie. D. med. Wschr. Nr. 19, S. 550.

75. *Heveroch*, *A.* (Prag), Über die Verläßlichkeit der Stauungspapille als diagnostisches Merkmal der Hirntumoren. Vestnik v. sjez. česc. lék. p. 577.

76. *Hönig*, *H.*, Okulomotoriuslähmung als erstes Symptom eines Stirn-



höhlenabszesses. Doppelseitiger Stirnhirnabszeß. Klin. Mtsbl. f. Augenheilk. Bd. 55, S. 382.

77. *Höpfner*, *Ernst Walter*, Die Nürnberger Ärzte des 15. Jahrhunderts DDrs. *Hermann* und *Hartmann Schedel* und zwei Konsilien des letzteren für die Paralyse. Inaug.-Diss. Leipzig.

78. *Hofmann*, *Hermann*, Ein Fall von diffuser Sarkomatose der Rückenmarkshäute mit multiplen Geschwülsten im Gehirn. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 21, S. 77.

79. *Horn*, *P.* (Bonn), Über den Zusammenhang zwischen Nervenleiden nach Unfall und Arteriosklerose. Mtsbl. f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen Jahrg. 22, Nr. 1.

80. *Horn*, *P.* (Bonn), Über Sonnenstich mit organischen Symptomen. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 54, S. 269.

81. *Ireland*, *G. O'Neil* and *Wilson*, *C. St.*, Treatment of syphilis of the brain, a preliminary report of the use of mercuric chlorid intradurally. The journ. of the American med. ass. vol. 65, no. 13.

82. *Jahnel*, *Franz* (Frankfurt a. M.), Über das Vorkommen und die Bewertung positiver Wassermann-Reaktion im Liquor bei Meningitis. Arch. f. Psych. Bd. 56, H. 1, S. 235.

83. *Jakob*, *Alfons* (Hamburg), Zur Pathologie der diffusen infiltraten Enzephalomyelitis in ihren Beziehungen zur diffusen und multiplen Sklerose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 27, S. 290. (S. 113*.)

84. *Kafka*, *V.* (Hamburg), Über *Noguchis* Luetinreaktion mit besonderer Berücksichtigung der Spätlues des Zentralnervensystems. Berl. klin. Wschr. Nr. 1, S. 15. (S. 104*.)

85. *Kafka*, *V.* (Hamburg), Die Luesdiagnose in Blut und Rückenmarksflüssigkeit (mit Einschluß der Luetinreaktion). Dermatol. Wschr. Bd. 61, S. 1091.

86. *Kafka*, *V.* (Hamburg), Über den heutigen Stand der Liquordiagnostik. Münch. med. Wschr. Nr. 4, S. 105. (S. 104*.)

87. *Kafka*, *V.* (Hamburg), Zur Frage der Dialysierverfahrens nach *Abderhalden* für die Psychiatrie. Münch. med. Wschr. Nr. 39, S. 1316. (S. 113*.)

88. *Kafka*, *V.* (Hamburg), Über multiple Sklerose. Sitzungsbericht: D. med. Wschr. Nr. 45, S. 1354.



89. *Kahlmeter*, *Gunnar* (Stockholm), Drei Fälle von Tabes bzw. progressive Paralyse vortäuschendem Hypophysistumor. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 54, H. 2 u. 3.

90. *Kaplan*, *D. M.* (New York), Die charakteristische Ausflockung kolloidalen Goldes durch den Liquor progressiver Paralytiker. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 27, S. 246. (S. 104*.)

91. *Karplus*, *J. P.* (Wien), Über eine ungewöhnliche zerebrale Erkrankung nach Schrapnellverletzung. Neurol. Ztlbl. Nr. 13, S. 456. (S. 110*.)

92. *Karplus*, *J. P.* (Wien), Syringomyelie bei Vater und Sohn. Med. Klin. Nr. 49, S. 1344.

93. *Keyser*, *T. S.*, Unusual case of infantile cerebral hemiplegia. American journ. of mental dis. vol. 42, no. 11, p. 748.

94. *Kißmeyer*, *A.* (Kopenhagen), Agglutination der Spirochaete pallida. D. med. Wschr. Nr. 11, S. 306.

95. *Klüpfel*, *O. Hellmut*, Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der chronischen Myelitis. Inaug.-Diss. Tübingen.

96. *Koch*, *R.* (Frankfurt a. M.), Enteroposen bei Tabes dorsalis. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 54, S. 150.

97. *Krause*, *Karl* (Berlin), Beiträge zur pathologischen Anatomie der Hirnsyphilis und der Klinik der Geistesstörungen bei syphilitischen Hirnerkrankungen. Jena, G. Fischer. 592 S. 24 M.

98. *Krehl* und *Marchand*, Handbuch der allgemeinen Pathologie Bd. III, Abt. 1. Pathologie der Zelle, Atrophie und Aplasie. Leipzig. G. Hirzel. 21 M.

99. *Krueger*, *Herm.* (Buch), Über lokalisierte Muskelatrophien bei Tabes dorsalis. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, S. 129. (S. 103*.)

100. *Kuřák*, *Marie*, Die Behandlung der Meningitis cerebrospinalis epidemica mit großen Serummengen. Med. Klin. Nr. 38, S. 1054.

101. *Langelaan*, *J. W.*, Ein Patient mit vermutlicher Vergrößerung der Glandula pinealis. Psych. en neurol. Bl. vol. 19, p. 292.

102. *Leegard*, *C.* (Christiania), Die akute Poliomyelitis in Norwegen. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 53, H. 3 u. 4.

103. *Lemacher*, *Albert*, Über Karzinom der Dura mater cerebri. Inaug.-Diss. Bonn.



104. *Lewinsohn*, *Jos.* (Breslau), Lähmung des Atmungszentrums im Anschluß an eine endolumbale Neosalvarsaninjektion. D. med. Wschr. Nr. 9, S. 248.

105. *Liepmann*, *H.*, (Berlin), Gehirnbefunde bei Aphasischen und Agnostischen. Sitzungsber.: Berl. klin. Wschr. Nr. 36, S. 959.

106. *Liepmann*, *H.*, und *Pappenheim*, *M.* (Berlin u. Wien), Über einen Fall von sogenannter Leitungsaphasie mit anatomischem Befund. Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 27, S. 1. (S. 106*.)

107. *Link*, *Martin*, Ein Beitrag zur Kasuistik der Kleinhirnbrückenwinkeltumoren. Inaug.-Diss. Kiel.

108. *Löwenstein*, *Kurt* (Berlin), Zerebellare Symptomenkomplexe. Neurol. Ztlbl. Nr. 17, S. 626. Vgl. *Friedländer*, gl. Ztschr. Nr. 21, S. 813 u. 816.

109. *Löwenstein*, *Paul*, Über einen eigentümlichen Fall von Poliomyelitis mit abnormen motorischen Reizerscheinungen. Inaug.-Diss. Würzburg.

110. *Löwy*, *J.* (Prag), Zur Symptomatologie des Aneurysma der Hirnarterien. Ztlbl. f. inn. Med. Nr. 30.

111. *Lydston*, *G. F.*, An unique case of syphilis of the cranium and spine. Med. record vol. 87, no. 2.

112. *Lydston*, *G. F.*, Cyst of the lateral ventricle. Alienist and neurol. vol. 36, no. 2.

113. *Marburg*, *O.* (Wien), Beiträge zur Frage der kortikalen Sensibilitätsstörungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 37, S. 81. (S. 109*.)

114. *Marburg*, *O.*, u. *Ranzi*, *Egon* (Wien), Über Spätabszesse nach Schußverletzungen des Gehirns. Neurolog. Zentralbl. No. 15, S. 546. (S. 110*.)

115. *Marcus*, *Henry*, Die Veränderungen in der Hirnrinde bei der progressiven Paralyse. Nord. med. Arch. Med.-Sect. fasc. 1 u. 2 (1914 u. 15).

116. *Marie*, *A.* (Villejuif), Aliénations mentales dites parasyphilitiques. Ref. *Becker*-Herborn: Psych.-neurol. Wschr. Nr. 37/38, S. 224.

117. *Marie*, *A.*, et *MacAuliffe* (Paris), Charactères morphologiques généraux des aliénés. Compte rend. des Séances de l'Acad. Nr. 19.

118. *Matti, Herrmann* (Bern), Einfache Projektion der Gehirnzentren ohne Kraniometer. Münch. med. Wschr. Nr. 25, S. 861.

119. *Mc. Intosh* and *Fildes, P.*, The demonstration of Spirochaeta pallida in chronic parenchymatous encephalitis (Dem. paralytica). Brain vol. 37, p. 401.

120. *Mendel, Kurt* (Berlin), Psychiatrisches und Neurologisches aus dem Felde. Neurol. Ztlbl. Jahrg. 34, S. 2. (S. 109*.)

121. *Meyers, F. S.*, Der klinische Wert der *Wassermann*schen Reaktion in der Neurologie und Psychiatrie. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. vol. 59 (I), p. 1819.

122. *Meyers, F. S.*, Demonstration eines Falles von Thrombose gewisser Hirnnerven. Psych. en neurol. Bl. vol. 19, S. 575.

123. *Mingazzini, G.* (Rom), Über einen parkinsonähnlichen Symptomenkomplex. Klin. pathol.-anat. Studie. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 2, S. 532. (S. 107*.)

124. *Mingazzini, G.* (Rom), Über den gegenwärtigen Stand der Aphasielehre. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 37, H. 3, S. 150. (S. 107*.)

125. *Mönckeberg, J. G.*, Mediaverkalkung und Atherosklerose. Virch. Arch. Bd. 216, H. 1—3.

126. *Müller, E.* (Waldbröl), Ein Beitrag zu den Beziehungen zwischen bösartigen Geschwülsten und Geisteskrankheiten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 72, H. 1, S. 72.

127. *Muskens, L. J. J.* (Amsterdam), Ein Fall von Hirntumor. Psych. en neurol. Bl. vol. 19, p. 282.

128. *Naegeli* (Bern), Die endolumbale Salvarsantherapie bei syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Therap. Monatsh. Nr. v. Dez.

129. *Nagel, Adolf*, Über psychische Störungen bei multipler Sklerose. Inaug.-Diss. Erlangen.

130. *Neubert, Richard*, Ein Beitrag zur Lehre von Ophthalmoplegien bei progressiver Paralyse. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 103*.)

131. *Neumann, Ludw.* (Budapest), Untersuchungen über den Stoffwechsel bei progressiver Paralyse. V. Die Oxyproteinsäure-Ausscheidung bei Paralyse und anderen Geisteskrankheiten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 27, S. 75. (S. 104*.)



132. *Newmark*, L. (San Francisco, Ca.), Angioma of the cerebellum. Americ. journ. of nerv. and mental dis. vol. 42, Nr. 5, p. 286.

133. *Nißl, Franz* (Heidelberg), Beiträge zur Frage nach den Beziehungen zwischen klinischem Verlauf und anatomischem Befund bei Nerven- u. Geisteskrankheiten. Bd. I, H. 3. Berlin, Jul. Springer. 107 S.

134. *Nonne, Max* (Hamburg), Das Problem der Therapie der syphilogenen Nervenkrankheiten im Lichte der neueren Forschungsergebnisse. Münch. med. Wschr. Nr. 8 u. 9, S. 259 u. 296. (S. 105*.)

135. *Nonne, Max* (Hamburg), Der Pseudotumor cerebri. Neue Deutsche Chirurgie Bd. 12, T. 1 u. 2, S. 105.

136. *Obersteiner, Heinr.* (Wien), Die Bedeutung des endogenen Faktors für die Pathogenese der Nervenkrankheiten. Neurol. Ztlbl. Jahrg. 34, S. 212. (S. 101*.)

137. *Oeconomakis, Milton* (Athen), Diagnose des Hirntumors anläßlich eines operierten Falles. Neurol. Ztlbl. Nr. 3, S. 87. (S. 108*.)

138. *Pastoors, Th.*, Der klinische Wert der Wassermann-Reaktion in der Neurologie und Psychiatrie. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. vol. 59 (II), p. 2212 (vgl. *F. S. Meyer*s desgl. p. 1819).

139. *Paulus, Ernst Arnold*, Polioenzephalomyelitis nach Botulismus. Inaug.-Diss. Tübingen.

140. *Pel, P. K.*, Ein Fall von Thrombose der Arteria cerebelli posterior inferior. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. vol. 59 (II), p. 1126.

141. *Peritz, G.* (Berlin), Zwei Fälle von Gehirnschüssen mit Lagegefühlsstörungen und halbseitiger Blutdrucksteigerung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R.- u. E.- Bd. II, H. 4, S. 282.

142. *Pfeiffer, J. A. T.* (Washington, D. C.), Neuropathological findings in a case of pernicious anemia with psychical implication. American journ. of nerv. and mental dis. vol. 42, no. 2, p. 75.

143. *Pick, A.* (Prag), Kleine Beiträge zur Pathologie der Sprachzentren. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 30, H. 43, S. 254.

144. *Pilcz, A.* (Wien), Progressive Paralyse. Wiener klin. Wschr. Nr. 23.

145. *Pincus, W.* (Berlin-Buch), Diagnostische und therapeutische Er-



gebnisse der Hirnpunktion. Berlin, Aug. Hirschwald, 1916. 215 S. 6 M.

146. *Pinner*, *Emilie*, Über einen Fall von Tabes dorsalis mit Beteiligung einiger selten befallener Hirnnerven. Inaug.-Diss. Berlin.

147. *Poppelreuter*, *Walther* (Köln), Über psychische Ausfallserscheinungen nach Hirnverletzungen. Münch. med. Wschr. Nr. 14, S. 489 (vgl. *Rittershaus*, dasselbe Nr. 36, S. 1225). (S. 110*.)

148. *Potts*, *Chas. S.* (Philadelphia), A case of probable encephalitis due to the inhalation of the fumes of gazoline. Americ. journ. of nerv. and mental dis. vol. 42, no. 1, p. 24.

149. *Puley*, *E.* (Wien), Zur Pathologie der multiplen Sklerose. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 54, H. 1.

150. *Ranke*, *O.* (Heidelberg), Zur Histologie und Histopathologie der Blutgefäßwand, speziell des Zentralnervensystems (auf Grund neuerer Kenntnisse über das Mesenchymalnetz und seine Differenzierungsprodukte). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 27, S. 221. (S. 101*.)

151. *Redlich*, *Emil* (Wien), Zur Topographie der Sensibilitätsstörungen am Rumpfe bei zerebraler Hemianästhesie. Neurol. Ztlbl. Nr. 22, S. 850.

152. *Reichardt*, *M.* (Würzburg), Intravitale und postmortale Hirnschwellung. Eine Berichtigung der letzten Ausführungen *Rosenthals*. Neurol. Ztlbl. Nr. 2, S. 55 (vgl. Jahrg. 1914, S. 1085.)

153. *Reitter*, *Karl*, Ein Fall mit spastischer Spinalparalyse. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 53, H. 6.

154. *Remertz*, *Otto* (Köln), Statistischer Beitrag zur Paralysefrage bei Mittel- u. Unterbeamten, mit besonderer Berücksichtigung der Militäranwärter. Festschr. z. Feier des 10jähr. Bestehens der Akademie für prakt. Med. zu Köln. Bonn, A. Marcus u. Weber.

155. *Rentz* (Breslau), Beiträge zur Stauungspapille und ihre Bedeutung für die Hirnchirurgie. Graefes Archiv. Bd 89, H. 1.

156. *Repond*, *A.* (Zürich), Ein Fall von Katatonie nach Sonnenstich. Mtschr. f. Psych. u. Neurol Bd. 38, S. 98. (S. 112*.)

157. *Reuß*, *H.*, Über einen Fall von einseitiger multipler Hirnver-



letzung infolge von Endotheliom der Schädelbasis. Inaug.-Diss. Rostock.

158. *Rezniček, R.* (Wien), Zwei Fälle von einseitigen multiplen Hirnverletzungen. Neurol. Ztlbl. Nr. 11, S. 70.

159. *Ribbert, H.*, Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie. 5. Aufl. Leipzig, C. F. W. Vogel.

160. *Rice, W. F.*, Some difficulties in the diagnosis of general paresis of the insane. Med. record vol. 88, no. 3.

161. *Ricksher, Ch.*, The onset of general paresis. John Hopkins Bull. vol. 26, Mai-Nr.

162. *Rittershaus, E. L. Joh.* (Hamburg), Kriegsbeschädigungen des Zentralnervensystems und soziale Fürsorge. Münch. med. Wschr. Nr. 36, S. 1225. (S. 111*.)

163. *Rochat, R. R.* (Amersfoort), Meningitis cerebrospinalis epidemica. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. Juli-Nr.

164. *Römer, C.* (Hamburg), Über die Pathogenese des Sonnenstichs. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 37, H. 2, S. 104. (S. 112*.)

165. *Rogers, Artur W.*, Disturbances of the central nervous system accompaniing pernicious anemia. Report of two cases. American journ. of nerv. and mental dis. vol. 42, no. 10, p. 693.

166. *Rosenbaum, Nathan* (Berlin), Ein unter eigentümlichen Symptomen auftretender Fall von Meningitis cerebrospinalis fulminans. Med. Klin. Nr. 52, S. 1424.

167. *Roth, Joh. Fr. Wilhelm*, Die Plasmazellen in den Hirnhäuten und der Hirnrinde bei progressiver Paralyse. Inaug.-Diss. Leipzig u. Beiträge zur path. Anat. Bd. 40, H. 1.

168. *Rothmann, Max* (Berlin), Die Hirnphysiologie im Kriege. Berl. klin. Wschr. Nr. 14, S. 338.

169. *Rubensohn, Emanuel* (Köln), Einige statistische Betrachtungen über Dauer, Verlauf und Todesursache der progressiven Paralyse. Inaug.-Diss. Berlin.

170. *Rubenstine, A. J.*, and *Schwartz, Lange*s colloidal gold test as an adjunct to the diagnosis of cerebrospinal affections. New York med. Journ. Juni-Nr.

171. *Rueck*, G. A., Case of a round cell sarcoma of the meninges of the brain. Med. record vol. 87, no. 18.



172. *Rumpf, Th.* (Bonn), Über einige Schußverletzungen des Rückenmarks und Gehirns. Med. Klin. Nr. 4.

173. *Sala, Guido* (Pavia), Die pseudohypertrophische Paralyse. Klinische und histopathologische Betrachtungen. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 2, S. 389.

174. *Sceleth, C. F.*, and *Beifield, A. F.*, Wet brain by chronic alcoolism. Americ. journ. of med. sciences no. 519, p. 881.

175. *Schacherl, Max* (Wien), Ambulatorische Tuberkulinbehandlung der Tabes und der zerebrospinalen Lues. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 35, H. 2/3, S. 27. (S. 105*.)

176. *Schaffer, Karl* (Budapest), Der Kleinhirnanteil der Pyramidenbahn (die zerebellare Pyramide). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 27, S. 435. (S. 102*.)

177. *Scharnke* (Straßburg i. E.), Zur pathologischen Anatomie und Pathologie der juvenilen Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 1, S. 303. (S. 102*.)

178. *van der Scheer, W. M.* und *Stuurman, J. G.* (Meerenburg), Beitrag zur Kenntnis der Pathologie des Corpus striatum nebst Bemerkungen über die extrapyramidalen Bewegungsstörungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 30, H. 2/3, S. 91.

179. *Schepelmann, E.*, Hypophysentumoren (*Schlosser-v. Eiselberg*sche Operation). D. Ztschr. f. Chir. Bd. 133, S. 30.

180. *Schlesinger, H.* (Wien), Hochgradige retrograde Amnesie nach Gehirnverletzungen. Sitzungsber.: Wiener klin. Wschr. Jahrg. 28, S. 1329.

181. *Schlicht, Josef*, Kasuistische Beiträge zur Lehre von der juvenilen Paralyse. Inaug.-Diss. München.

182. *Schluttig, Werner*, Beitrag zur Ätiologie und Symptomatologie der Hirnabszesse. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 109*.)

183. *Schminke, A.* (München), Ein glioblastisches Sarkom des Kleinhirns mit Metastasenbildung in Hirn und Rückenmark. Frankfurter Ztschr. f. Path. Bd. 16, H. 3.

184. *Schneider, Richard*, Über einen Fall von erworbener Balkenerweichung. Inaug.-Diss. Würzburg.

185. *Schröder, P.* (Greifswald), Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. Stuttgart. Enke. 54 S.

186. *Schröder*, *P.* (Greifswald), Traumatische Psychosen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, H. 4, S. 193.

187. *Schröder*, *P.* (Greifswald), Lues cerebrospinalis sowie ihre Beziehungen zur progressiven Paralyse und Tabes. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 54, S. 83.

188. *Schürhoff*, *Erich*, Zur Differentialdiagnose zwischen Hysterie und multipler Sklerose. Inaug.-Diss. Kiel 1914.

189. *Schultz*, *J. H.* (Jena), Fünf neurologisch bemerkenswerte Hirnschüsse. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, S. 319. (S. 109*.)

190. *Sielaff*, *Artur*, Zur Differentialdiagnose zwischen Erweichungsherd und Hirntumor; zugleich ein Beitrag zur Lehre vom Zittern bei Hirntumor. Inaug.-Diss. 1914, Kiel.

191. *Sittig*, *O.* (Prag), Kombination von multipler Sklerose und Syringomyelie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 27, S. 109. (S. 112*.)

192. *Sittig*, *O.* (Prag), Die Bedeutung der Sensibilitätsstörungen für die Diagnose der multiplen Sklerose. Prager med. Wschr. Nr. 12.

193. *de Smitt*, *B. S.*, Die moderne Behandlung der sogenannten metasyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. p. 569.

194. *Southard*, *E. E.* (Boston), On the topographical distribution of cortex lesions and anomalies in Dementia praecox, with some account of their functional signification. Americ. journ. of insanity vol. 71, no. 1 and 2, p. 383, 603.

195. *Southard*, *E. E.* (Boston), Dilatation of cerebral ventricles in various functional psychoses. Rep. Americ. journ. of mental dis. vol. 42, no. 11, p. 741.

196. *Spiller*, *William G.*, The pathology of tabetic ocular palsy with remarks of the relation of syphilis to the so-called parasyphilitic diseases. American journ. of nerv. and mental dis. vol. 42, no. 1, p. 15.

197. *Stähle*, *Eugen*, Über Remissionen im Symptomenbilde der Syringomyelie. Inaug.-Diss. Tübingen u. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 53, H. 5.

198. *Strauß*, *H.* (Berlin), Zur Differentialdiagnose zwischen arteriosklerotischen nund urämischen Störungen. Neurol. Ztlbl. Nr. 16, S. 594. (S. 111*.)



199. *Strömer, Karl*, Zur Symptomatologie und Diagnose der extrazerebralen Tumoren. Inaug.-Diss. Kiel.

200. *v. Strümpell, Ad.* (Leipzig), Zur Kenntnis der sog. Psoudosklerose, der *Wilson*schen Krankheit und verwandter Krankheitszustände (der amyostatische Symptomenkomplex). D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 54, H. 4.

201. *Stuurman, F. J.* (Meerenburg), Zur Kenntnis der tigrolytischen Ganglienzellschwellung. Neurol. Ztlbl. Nr. 22, S. 856.

202. *Swift, Walter W.* (Boston), Observation on the voice in tabes — a voice sign. Americ. journ. of insanity vol. 72, no. 2, p. 349.

203. *Sylvester, Phil. G.* (Newton, Mass.), A case of anterior poliomyelitis with multiple paralysis, including the hiserto unrecorded involvement of the left diaphragm. Boston med. and surg. journ. vol. 173, p. 428.

204 *Taylor, E. W.* (Boston), Progressive vagus-glossopharyngeal paralysis with ptosis. A contribution to the group of family diseases. American journ. of nerv. and mental dis. vol. 42, no. 3, p. 129.

205. *Thiem, Karl* (Kottbus), Hirnerweichung nach einem Schlaganfall, an einem ärztlichen Gutachten erläutert. Mtschr. f. Unfallheilk. Nr. 11.

206. *Thierauch, H.* (Chemnitz), Großhirntumor unter dem Bilde der progressiven Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 28, S. 315. (S. 108*.)

207. *Thode, Günther*, Über die im Gefolge der perniziösen Anämie auftretenden psychischen Störungen. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 111*.)

208. *Thomas, H. G.* (Oakland, Cal.), Optic neuritis and the color fields in the diagnosis of syphilis, neurasthenia, hyperthyreodism, dementia praecox, manic-depressive insanity, and third generation syphilis. Americ. journ. of insanity vol. 72, no. 1, p. 59.

209. *Tietze, Karl*, Tabes dorsalis und Rückenmarkstumor. Inaug.-Diss. 1914, Kiel.

210. *Travaglino, P. H. M.*, Klinische und pathologisch-anatomische Betrachtungen über die verschiedenen Formen der senilen Demenz. Psych. en neurol. Bl. vol. 19, p. 508.



211. *Uhthoff*, *W.* (Breslau), Hemianopische Gesichtsfeldstörungen nach Schädelschüssen. Klin. Mtsbl. f. Augenheilk., Juli-Aug.-Hefte.

212. *de Vries*, *E.*, Beschreibung eines Anenzephalen. Psych. en neurol. Bl. vol. 19, p. 326.

213. *Wallenberg*, *Adolf* (Danzig), Neue klinische Beiträge zur topischen Diagnostik akuter Herderkrankungen des verlängerten Markes und der Brücke (*Ludwig Edinger* gewidmet). Neurol. Ztlbl. Nr. 7/8, S. 224.

214. *Wardner*, *Drew M.* (Cedar Grove, N. Y.), Report of fife cases of the intracranial injection of Auto-Sero-Salvarsan. Americ. journ. of insanity vol. 71, no. 3, p. 459.

215. *Weber*, *E.* (Berlin), Die Behandlung der Folgezustände von Gehirnerschütterungen. Med. Klin. Nr. 17, S. 474.

216. *Weber*, *L. W.* (Chemnitz), Wundinfektion als Unfall und progressive Paralyse. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 13, S. 150. (S. 103*.)

217. *Wechselmann*, *W.* (Berlin), Über Salvarsannatrium. Münch. med. Wschr. Nr. 6, S. 177. (S. 105*.)

218. *Weinreich*, *Theodor*, Über diagnostische Ergebnisse bei Anwendung der Hirnpunktion, besonders bei Hirntumoren. Inaug.-Diss. Halle a. S.

219. *Weise*, *Willy*, Zur Symptomatologie der Tumoren des Scheitellappens. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 108*.)

220. *Weisenburg*, *T. H.*, and *Work*, *Ph.*, The diagnosis of tumors in the posterior cranial fossa. Journ. of the American med. Ass. vol. 65, no. 16.

221. *Wenderowic* (St. Petersburg), Der Verlauf der sensiblen und mancher andern Systeme auf Grund eines Falles von Bluterguß in die basalen Hemisphärenabschnitte. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 2, S. 486.

222. *Westphal*, *A.* (Bonn), Ein durch die Operation entfernter Tumor des Kleinhirnbrückenwinkels (Akustikustumor). D. med. Wschr. Nr. 53, S. 1567.

223. *Wile*, *A.*, and *Stokes*, *J. H.*, Diseases of the nervous system in the primar state of syphilis. Journ. of the Americ. med. Ass. vol. 64, no. 12.

224. *Williams*, *Tom A.*, Neoplasm involving pituarity and sella turcica



treated by X-rays. Report: American journ. of nerv. and mental dis. vol. 42, no. 3, p. 159.

225. *Wohlwill, Fr.* (Hamburg), Drei Fälle von Sprachstörung nach Schußverletzung. Sitzungsber.: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychol. R.- u. E.-Bd. 11, H. 3, S. 200.

226. *Woitala, Georg*, Über das Symptomenbild eines doppelseitigen Kleinhirnbrückenwinkel-Tumors bei Neurofibromatosis. Inaug.-Diss. Breslau.

227. *Zange, Joh.* (Jena) Translabyrinthäre Operation von Akustikus- und Kleinhirnbrückenwinkel-Tumoren. Sitzungsber.: Münch. med. Wschr. Nr. 50, S. 1728.

228. *Zondeck, H.* (Freiburg i. B.), Irrtümliche Diagnose von Hirnlues bei einem Säugling. D. med. Wschr. Nr. 19. S. 558.

1. Progressive Paralyse und syphilitische Erkrankungen des Zentralnervensystems.

Gennerich (54) kommt bei seiner Besprechung der Ursachen zu dem Resultat, daß der funktionelle Zustand der Pia entscheidend ist dafür, ob es zu gummösen Prozessen oder zu Metalues kommt. Ist sie funktionell erschöpft, so diffundieren die Reaktionserscheinungen des Nervengewebes in den Liquor, wir erhalten dann das charakteristische Nebeneinander von entzündlichen Veränderungen und primärer Nekrose entsprechend dem Zustande der deckenden Hülle. Im andern Falle schützt die Pia das Nervengewebe vor der Diffusion mit dem Liquor, es etablieren sich die lokalen Abwehrvorgänge entsprechend dem Eintritt der Umstimmung des Gewebes im Sinne einer gummösen Zerebrospinallues.

Wie *Obersteiner* (136) hervorhebt, sind bei einer großen Anzahl von Erkrankungen des Nervensystems gewisse angeborene Abweichungen von der Norm vorhanden, es wird durch eine solche Keimschädigung bzw. Entwicklungsstörung die Anlage für die Erkrankung geschaffen. Auf solche Anomalien ist z. B. die echte Syringomyelie zurückzuführen, ferner die Tabes und die juvenile Paralyse, und es ist nicht daran zu zweifeln, daß diese spezifische Anlage auch bei der progressiven Paralyse der Erwachsenen nachgewiesen werden wird. Auch bei Hirntumoren haben sich verschiedenartige, von diesen anscheinend ganz unabhängige Eigentümlichkeiten auffinden lassen, die als Entwicklungsstörungen anzusehen sind. Solchen Abweichungen verdanken z. B. die Brückenwinkeltumoren und auch manche Zirbeldrüsengeschwülste ihre Entstehung.

Ranke (150) bringt eine Übersicht über Histologie und Histopathologie der Blutgefäßwand, speziell des Zentralnervensystems. Erwähnt soll hier nur werden, daß ein plasmatisches Bindegewebsnetz, das auf weite Strecken hin kernlos sein kann, die morphologische Grundlage auch der fertigen Blutgefäßwand bildet. Auch



die pathologischen Reaktionen der Blutgefäßwand gehen im wesentlichen innerhalb dieses plasmatischen Bindegewebsnetzes vonstatten. Nur in der kernhaltigen Adventitia kommt es primär neben der Neubildung kernhaltiger Bindegewebsnetze zur Lösung freier Zellen. Die pathologischen Reaktionen des medialen und intimalen Bindegewebsnetzes äußern sich hauptsächlich in Imprägnationsänderungen. Bei den meisten endarteriitischen Prozessen finden sich Delamination der Membrana elastica int. mit Muskularisation der Intima und Bildung fibroplastischer Netze in der Intima nebeneinander, doch überwiegt die erstere bei Arteriosklerose, die letztere bei der luetischen Endarteriitis *Heubners*.

Antoni (5) hat in einem Falle von Tabes-Paralyse die von *Nageotte* beschriebenen regenerativ-tabischen Veränderungen in den Spinalganglien aller Regionen und im Ganglion *Gasseri* gefunden. Es handelt sich um neugebildete Fasern, die sich im Innern des Ganglions um die alten, atrophierenden, markhaltigen Stammfasern herumschlingen. Die neugebildeten Fasern sammeln sich am zentralen Pol des Ganglions an, um sich in die Wurzelnerven fortzusetzen. Auch um die regressiv veränderten Ganglienzellen häufen sich regenerative Vorgänge der angrenzenden Fasern und Zellen. Die nämlichen Veränderungen fand Verf. noch in vier weiteren Fällen von Paralyse ohne klinische Tabes. In 5 Beobachtungen von Paralyse fanden sich wieder im Optikus Verzweigungen und Sprossungen sowie starke, kugelige Auftreibungen der Nervenfasern. Vielleicht steht dieser Befund in Beziehung zur Lichtstarre. Auf Grund dieser Beobachtungen stellt Verf. den Begriff „Praetabes“ auf.

Schaffer (176) konnte in 5 Fällen von Paralyse, 2 Fällen von Arteriosklerose und 1 Fall von Tabes feststellen, daß ein homolateraler, zerebraler Pyramidenbahnabschnitt vorhanden ist. Es hat also die Pyramidenbahn 3 Abschnitte: 1. einen spinalen, 2. einen bulbären, bestimmt für die motorischen Hirnnervenkerne und 3. einen zerebellaren, welcher aus: a) einer bulbo-zerebellaren und b) einer ponto-zerebellaren Abteilung bestehen dürfte. Erstere leitet über den Streckkörper zur gleichzeitigen Kleinhirnhälfte, namentlich zum Wurm, sie ist durch die vorliegende Arbeit *Schaffers* nachgewiesen; letztere ist experimentell-anatomisch bewiesen. Es bedeutet die bulbo-zerebellare Pyramidenbahn einen homolateralen, direkten Zug zum Wurm, die ponto-zerebellare einen überwiegend homolateralen, direkten Zug zur Kleinhirnhemisphäre. Die motorische Großhirnrinde ist daher sowohl mit der Hemisphäre wie mit dem Wurm des Kleinhirns in unmittelbarer Verbindung. Am Zentralorgan der Paralytiker sind diese Bündel oft am stärksten ausgebildet und verlagert. Es ist dies der Ausdruck einer endogenen Disposition.

Scharnke (177) hat einen Fall von juveniler Paralyse genau untersucht. Das Gehirn erschien im ganzen stark atrophisch, besonders das Großhirn in der Okzipitalgegend. Die Ganglienzellen erschienen vielfach regellos gelagert, unregelmäßig verteilt und sehr verschieden groß. Alle Pyramidenzellen wiesen überaus hochgradige Protoplasmaveränderungen auf. Auffallend war das Fehlen von Stäbchenzellen, während Plasmazellen in großer Menge vorhanden waren. Die sogenannten Abbauprodukte fanden sich in großen Massen. Zahlreiche *Purkinje*sche, Zellen hatten doppelte Kerne, außerdem war ihre Lagerung sehr stark gestört,



während das Kleinhirn makroskopisch kaum Veränderungen aufwies. Im Rückenmark fand man überall Ganglienzellen, die aus der grauen Substanz in die Vorder-Seiten- und Hinterstränge versprengt waren. Zweifellos handelt es sich um ein schon im Keime geschädigtes Gehirn, das später paralytisch wurde.

Die *Weil-Kafka*sche Hämolysinreaktion ist von *Brückner* (24) nachgeprüft worden. Er fand unter 61 Fällen von klinisch sicherer Paralyse 49 positiv, 8 fraglich und 4 negativ. Zwei der negativen Fälle hatten auch im Blute keine Ambozeptoren. Verf. kommt zu dem Resultat, daß die absolute Zahl der Versager bei der *Wassermann*schen Reaktion geringer ist als bei der Hämolysinreaktion, jedoch verfügt er über 2 Fälle, die bei negativer *Wassermann*scher Reaktion vorübergehend eine positive Hämolysinreaktion zeigten.

Weber (216) veröffentlicht ein Gutachten über den Zusammenhang von Paralyse und Unfall bei einem Arbeiter, der sich eine Infektion an einem Finger zugezogen hatte. Er kommt zu dem Resultat, daß der Einfluß des Unfalls auf eine etwaige Verschlimmerung der Paralyse höchstens mit 10% zu bewerten ist.

Unter den Prodromal- und Initialsymptomen der progressiven Paralyse zählt *Haymann* (70) auf, daß sich gelegentlich eine Verfeinerung des ganzen Wesens der Kranken findet, eine auffallende Besserung der früher vorhandenen schlechten Eigenschaften. Auffällig ist ferner das Verlieren kleinerer Gegenstände im Anfangsstadium der Paralyse; weiter kommt oft das Gefühl vor, daß der Kranke die ganze Gegenwart schon einmal durchlebt habe. Ungewöhnlich zahlreiche und wirre Träume sind nicht selten; bemerkenswert ist ferner, daß die Schreib- und Sprachstörungen dem Paralytiker selbst als krankhaft vorkommen. Von den rein körperlichen Störungen sind Intoleranz gegen Tabak und Alkohol, Magenstörungen Hautjucken, übergroße Empfindlichkeit für Kitzel, Brüchigkeit der Zähne und große Abneigung gegen helles Licht noch wenig bekannt, aber mehrfach beobachtet.

Krueger (99) macht auf die lokalisierten Muskelatrophien bei Tabikern aufmerksam und bringt zwei Beobachtungen. In der ersten begann die Atrophie in den kleinen Handmuskeln, ergriff dann die Extensoren der Finger und der Hand, die Flexoren der Hand und des Vorderarmes, die Schultermuskeln, die Streckmuskeln des Vorderarmes, die Flexoren der Finger, die der Schulter benachbarten Hals-, Nacken-, Rücken- und Brustmuskeln und zuletzt auch die Bauchmuskeln. Becken- und Beinmuskulatur wurden nicht ergriffen. Im zweiten Falle bildete sich links eine typische *Erb*sche Lähmung aus, rechts eine auf die Extensoren erweiterte *Klumpke*sche Lähmung. Verf. nimmt als wahrscheinlichste Ursache der Amyotrophien in diesen beiden Fällen eine primäre Erkrankung der vorderen Rückenmarkswurzeln an, also des Abschnittes der Nervenbahn, wo die aus den gleichen Segmenten stammenden, zu denselben Körpergebieten ziehenden motorischen und sensiblen Bahnen dicht nebeneinander verlaufen. Vorderhornzellenerkrankung und Degeneration der peripherischen Nerven folgen dann sekundär.

Neubert (130) beobachtete bei progressiver Paralyse eine Ptosis des rechten Lides, absolut lichtstarre Pupillen mit ausgesprochener Differenz in der Größe und mit Unbeweglichkeit des Bulbus. Verf. nimmt eine Zerstörung des rechten Okulomotoriuskernes an, möglicherweise war auch der rechte Abduzenskern teil-



weise zerstört. Auffallend war, daß trotz der Ptosis eine regelmäßige Hebung des rechten Lides beim Blick nach links erfolgte.

Ausgedehnte Untersuchungen über die Oxyproteinsäure-Ausscheidung bei Paralyse und andern Geisteskrankheiten hat *Neumann* (131) angestellt. Er fand, daß die Ausscheidung bei körperlich gesunden funktionellen Psychosen höchstens 2,66% des Gesamtstickstoffes betrug. Bei Dementia praecox ergaben sich normale Werte, bei Paralyse, Lues cerebri, multipler Sklerose und Epilepsie waren sie vermehrt. Die Durchschnittszahl betrug bei Paralyse 3,71%, höchstens 4,97%. Die Vermehrung der Oxyproteinsäuren läßt sich widerspruchslos in den Rahmen der *Allers*schen Hypothese von der Natur des paralytischen Stoffwechsels einfügen. Die Vermehrung der Oxyproteinsäuren ist weder von der Lues noch von der organischen Hirnkrankheit als solcher abhängig; sie fehlt bei Atherosklerose und seniler Demenz.

Kafka (84) verfügt über 139 zum Teil mehrfach mit *Noguchi*s Spirochätenluetin geimpfte Fälle. Am häufigsten zeigte die Lues cerebri positive Reaktion, dann folgte die Tabes, hierauf die Lues congenita, die Lues latens und zuletzt die Paralyse. Letztere reagiert außerdem schwächer, es gelingt bei ihr auch nicht, durch die Behandlung die Luetinreaktion hervorzubringen oder stärker zu machen, während bei Lues cerebri und Tabes die Hautreaktion dem Stadium der Krankheit und der Reaktion der Meningen sowie den serologischen Reaktionen im großen und ganzen parallel verläuft. Die Luetinreaktion ist im Primär- und frischen Sekundärstadium fast nie vorhanden, wird im späten Sekundärstadium häufiger, im Tertiärstadium fast immer positiv und verschwindet bei Lues cerebri erst, wenn der Prozeß nach jeder Richtung hin stationär geworden ist. Wir können bei der Lues cerebri noch durch die Behandlung die Schutz- und Abwehrstoffe des Körpers heben; bei der Paralyse war dies bisher nicht möglich. Die Paralyse ist eine Form der Spätlues, bei der die Abwehrmaßnahmen des Körpers sehr herabgesetzt oder ganz auf gehoben sind.

Kafka (86) bespricht die einzelnen Liquorreaktionen. Er macht darauf aufmerksam, daß man nicht eine Reaktion für die andere einsetzen und Schlüsse daraus ziehen darf. Man soll vielmehr möglichst viele Reaktionen vornehmen. Mit 7½ ccm Liquor wird man auskommen.

Kaplan (90) hat Liquoruntersuchungen bei Paralytikern ausgeführt, indem er eine Reihe von Liquorproben in immer weniger konzentrierter Lösung mit Kolloidal-Goldlösung versetzte. Die stärkeren Liquorlösungen bewirken eine vollständige Ausfällung des kolloidalen Goldes, die schwächeren geringer, bis in den schwächsten keine Farbenänderung auftritt. Es entsteht so eine treppenartige Kurve, die für progressive Paralyse charakteristisch ist.

Negative *Wassermann*sche Reaktion sowohl im Blute wie im Liquor wurde von *Forster* (48) bei einer klinisch und anatomisch sicher nachgewiesenen Paralyse festgestellt. Auch Spirochäten konnten bei der Untersuchung des Hirns im Dunkelfelde nicht gefunden werden. Eine Erklärung fehlt vollständig, die Spirochäten könnten ja trotzdem vorhanden gewesen sein.

Bikeles (14) beschreibt einen Fall von akutem Ausbruch einer Tabes dorsalis. Die Hautreflexe waren frühzeitig sehr abgeschwächt. Besonders hervor-



;retend waren plötzlich entstandene und rasch wieder verschwundene hochgradige Koordinationsstörungen am Rumpfe beim Gehen ausschließlich nach der Seite, und zwar alternativ nach rechts und links, je nach dem jeweiligen Stützbein.

Über ambulatorische Tuberkulinbehandlung bei Tabes und Paralyse berichtet *Schacherl* (175). 76 Kuren wurden in Verbindung mit Quecksilber vorgenommen. Verwendet wurde Alt-Tuberkulin-*Koch*, beginnend mit Dosen von 0,0005. Bei 38 Paralytikern konnten 13 Kuren zu Ende geführt werden, in 7 Fällen trat eine zum Teil weitgehende Besserung ein. Bei 6 unter 8 durchgeführten Kuren bei tabischer Ataxie wurde eine erhebliche Besserung erzielt. Auch gastrische Krisen und lanzinierende Schmerzen wurden günstig beeinflußt. Diese Resultate fordern jedenfalls dazu auf, die Versuche fortzusetzen.

Die kombinierte Tuberkulin-Quecksilberbehandlung bei progressiver Paralyse haben *Heinicke* und *Künzel* (71) in 8 Fällen angewendet. Sie erzielten einmal eine Remission, die sehr erheblich war; 4 Fälle zeigten eine Besserung, die allerdings zum Teil bald wieder schwand; 8 Fälle verschlechterten sich während der Behandlung. Die Verf. empfehlen auf Grund dieser Resultate einen Versuch mit der genannten Behandlung.

Nonne (134) spricht sich dahin aus, daß man bei den organischen syphilogenen Nervenkrankheiten kombiniert behandeln soll. Man soll mit Quecksilber beginnen, dann mit Salvarsan folgen und nun beide Mittel abwechselnd geben. Eine Gesamtdosis von 3,0 bis höchstens 4,0 Salvarsan soll nicht überschritten werden. *Nonne* betont, daß es bei der echten Tabes und der echten Paralyse auch bei intensiver Behandlung nicht gelingt, die Wassermannreaktion im Blut und die 3 Reaktionen im Liquor zum Verschwinden zu bringen; wenn auch einmal eine oder zwei dieser Reaktionen verschwinden, so ist dies doch kein Dauererfolg. Verf. behandelt jede Tabes, die noch nicht antisyphilitisch behandelt ist, zunächst mit Quecksilber, dann mit Salvarsan. Ob die Kur wiederholt wird, soll von dem Einfluß auf das subjektive Befinden und die einzelnen Symptome abhängen, aber nicht von dem Ausfall der Reaktionen im Blut und Liquor. Bei Paralyse muß man mit der Kur vorsichtiger beginnen, sonst gilt dasselbe. Von der intralumbalen Methode der Salvarsanbehandlung hat *Nonne* keinen besonderen Nutzen gesehen gegenüber den früheren Erfolgen, aber auch keine Schäden.

Wechselmann (217) hat auf *Ehrlichs* Veranlassung ein neues Präparat, das Salvarsannatrium, versucht. Er hat sehr gute Ergebnisse erzielt, in Mengen von 0,3—0,45 erwies das Salvarsannatrium sich als durchaus harmlos, nur viermal wurden anaphylaktische Zustände in ganz leichter Form beobachtet, obwohl auch Patienten mit Nephritis, Aortitis luetica, Paralyse, Tabes, mit schweren Blutungen und Hirnnervenläsionen behandelt wurden. 40—50 Injektionen bei 2—3maliger Injektion in der Woche erwiesen sich als ausreichend; Rezidive wurden nicht beobachtet. Hochkonzentrierte Lösungen sind nicht empfehlenswert; 0,1 : 10 0,4proz. Kochsalzlösung ist am besten.

v. Bremens Dissertation (22) bringt 8 mit Salvarsan intravenös behandelte Fälle von Paralyse. Veränderungen des Liquordruckes waren nicht festzustellen, dagegen war in 5 Fällen eine deutliche Abnahme der Zellzahl festzustellen. Auf




den weiteren Verlauf der Paralyse hatte diese Veränderung keinen Einfluß. Eine Prognose kann aus der guten oder schlechten Beeinflussung des Liquor nicht gestellt werden.

2. Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters. Herderkrankungen.

Über die *Alzheimer*sche Krankheit spricht sich *Frey* (50) dahin aus, daß sie trotz der eigentümlichen Sprach- und praktischen Störungen keine selbständige Krankheit ist, sondern eine atypische Form der senilen Demenz. Sie wird am häufigsten im präsenilen Alter beobachtet, kommt aber auch später vor. Verf. bringt zwei Krankengeschichten, die eine mit anatomischem Befund. Neben schwerer Demenz bestanden motorische und sensorielle transkortikale Aphasie, einfach motorische und ideatorische apraktische Handlungen und ferner verbale und motorische Perseveration. Anatomisch findet man hochgradigen Hirnschwund, Drusenbildung, Ganglienzellen- und Fibrillendegeneration. Die Drusen sind anscheinend pathologische Stoffwechselprodukte. Das umgebende Gliagewebe besitzt große, faserbildende Gliazellen, deren Fasern den Herd einkapseln. Die Gliazellen neigen zur fettig-pigmentösen Degeneration. Die Fibrillendegeneration besteht in einer Verdickung der Fibrillen, welche durch eine Kittsubstanz verkleben, klumpig werden und zu Schlingenbildungen neigen. Bei der *Alzheimer*schen Krankheit hat die Architektonik der Rinde gelitten.

Ciarla (31) hat eine Anzahl von Gehirnen untersucht, die von Senilen und Senildementen stammen. Er fand senile Plaques, die an Stelle des zentralen Teiles einen Gliakern aufwiesen, eine Tatsache, die für die Entstehung der Plaques aus veränderten Gliazellen spricht. Auch die Lage der Plaques um die Gefäßwand entspricht derselben, wie sie die Gliakerne besitzen. Möglich ist, daß die Plaques eine Altersläsion der Gliazellen darstellen; es handelt sich um eine Nekrobiose des Gliagewebes, welchem ganz besondere Stütz- und Nährungsfunktionen zukommen.

Cowe (35) hat die senilen Plaques sowie das Gliagewebe nach der *Merzbacher*schen Methode gut gefärbt und kommt zu dem Resultat, daß Gliaelemente an dem Aufbau der senilen Plaques nicht beteiligt sind. Die Ringe von Gliafasern in der Umgebung der Plaques können entweder echte Gliawucherungen darstellen oder sie kommen zustande durch rein mechanisches Auseinanderdrängen bestehender Gliafasern.

Liepmann und *Pappenheim* (106) bringen den Befund bei einem 62jährigen Manne, der eine Apoplexie erlitten hatte und beim Sprechen schwere Paraphasie und darüber hinausgehende Beeinträchtigung in der Wortfindung zeigte, ferner beim Nachsprechen eine gleich schwere Paraphasie, ferner Paragraphie. Beim Lautlesen trat eine gut erhaltene Sprechfähigkeit hervor; das Sprachverständnis war fast intakt. Anatomisch erwies sich die ganze vordere Sprachregion (Opercul. front. und Rolandi) und die ganze mittlere Sprachregion (Inselrinde und Linsenkernzone) als intakt; die Läsion betraf ausschließlich das temporoparietale Sprach-



gebiet. Es handelt sich also um einen Fall von sogenannter Leitungsaphasie, die sich als eine Spielart der *Wernicke*schen Aphasie als eine Folge von partieller Läsion der linken temporoparietalen Sprachregion erweist.

Bonhoeffer (19) beschreibt einen Fall von totaler Worttaubheit bei einem 47jährigen Manne. Die Perzeption der Tonskala war erhalten; die Hörfähigkeit beiderseits vorhanden, rechts weniger als links. Es bestanden agnostische Störungen auf optischem, akustischem und taktilem Gebiet sowie eine ideotorisch-apraktische Störung. Als Ursache dieses Befundes ergab die Sektion symmetrische Herde im Parietal- und Schläfenhirn. Rechts war ein kleines, in der Tiefe liegendes Stück der *Heschl*schen Windung erhalten. Unter Zugrundelegung der *Flechsig*schen Lehre von der Endigung der Hörbahn in der *Heschl*schen Windung konnte man also sagen, daß ein ganz kleiner Rest dieser Windung in der rechten Hemisphäre genügt, die Tonskala beiderseits, und zwar links besser als rechts, zu erhalten. Schließlich ergaben sich noch Anhaltspunkte dafür, daß innerhalb der Sehstrahlung vor allem die etwas unter der Mitte verlaufenden und die anstoßenden ventralen Teile des Fasciculus long. inf. und des Stratum sagittale int. der Leitung der Sehfunktion dienen.

Mingazzini (123) beobachtete bei einer 50jährigen Frau apoplektiforme Anfälle, denen ein parkinsonähnliches Zittern, besonders in den rechten Gliedern, folgte, ferner Hypertonie in den Armen mehr als in den Beinen, Dysarthrien, partielle sensorische Aphasie und Geistesschwäche. Die Sektion ergab einen ziemlich scharf umschriebenen Substanzverlust, der rechts den Nucleus caudatus und partiell das vordere Segment der inneren Kapsel und des Lentikularis zerstört hatte, während links zum Teil die Gyri temporales I und II sowie das dorsale Drittel der Strata sagittalia ext. und int. verletzt waren. Die Dysarthrie muß auf Verletzung des vorderen Fünftels des rechten Linsenkernes gesetzt werden. Der parkinsonähnliche Symptomenkomplex (Hypertonie, Zittern und Parese) ist nicht nur auf die Läsion des vorderen Fünftels des rechten Putamen, sondern auch auf die Zerstörung und Degeneration der frontozerebellaren Bahnen, die höchstwahrscheinlich durch die vordere innere Kapsel verlaufen, zurückzuführen.

Die eingehenden Studien *Mingazzinis* (124) über Aphasie führten zu folgenden Schlußsätzen: Die Aphasie Typus *Broca* entwickelt sich, wenn die erweiterte *Broca*sche Zone verletzt ist; sie enthält die mnestischen Engramme der motorischen Silbenbilder und im Gebiete des Operculum rolandicum wahrscheinlich auch verboartikuläre Elemente. Verletzung des linken Linsenkernes verursacht motorische Aphasie, wenn das vordere Drittel zerstört ist, schwere Dysarthrie bis zur Anarthrie bei Verletzung der hinteren zwei Drittel. Zerstörung der linken Regio prae- und supralenticularis verursacht beständige motorische Aphasie. Bei der sensorischen Assoziationsaphasie findet man hauptsächlich die dem hinteren Aphasiegebiete angehörende Marksubstanz verletzt, sie erheischt jedoch die Unterbrechung der Assoziationsfasern des linken Schläfenlappens. Vom klinischen Standpunkt aus kann man das Bestehen einer Zone (mittlerer Teil des G. temporalis inf.), deren Verletzung eine Amnesia nominum hervorruft, nicht vollständig leugnen.



3. Tumoren.

Ein primäres metastasierendes Gehirnkarzinom beschreibt *van Bouwdijk Bastiaanse* (25) bei einer 57jährigen Patientin. Es lag in der linken Kleinhirnhemisphäre und hatte zahlreiche Metastasen in der Pia und der Rinde des Großhirns gemacht. Seine Zellen waren Drüsenepithelzellen und zeigten viel Ähnlichkeit mit den primitiven Ependymzellen des Fötus. Der Tumor war jedoch nicht von dem die Ventrikel begrenzenden Ependym ausgegangen. Die Metastasen waren einmal durch die Zerebrospinalflüssigkeit in der Richtung des Stromes verbreitet, ferner durch die kleinen Lymphbahnen und drittens durch die perivaskulären Räume.

Castex und *Bolo* (28) beschreiben ein Sarkom der linken motorischen Region bei einem 16jährigen Manne, der zwei Jahre vorher ein heftiges Kopftrauma erlitten hatte. Durch Operation wurde ein Spindelzellensarkom entfernt, das oberflächlich lag und eine Größe von 7 : 7½ : 4 cm hatte. Es trat völlige Heilung ein, alle Lähmungserscheinungen gingen zurück, ebenso das Ödem der Sehnervenpapille.

In dem Falle *Thierausch*s (206) wurde bei der Sektion eines 49jährigen Mannes ein weiches Gliosarkom im Schwanzkern, Linsenkern und der rechten inneren Kapsel gefunden, das eine tödliche Blutung in den Seitenventrikel verursacht hatte. Intra vitam war die Diagnose: „progressive Paralyse" gestellt, die durch die Ungleichheit und mangelnde Reaktion der Pupillen sowie den ganzen Krankheitsverlauf begründet erschien, zumal da die *Wassermann*sche Reaktion positiv war. Die mikroskopische Untersuchung ergab keinerlei für Paralyse charakteristische Veränderungen.

Oeconomakis (137) hat bei einem 39 Jahre alten Manne ein diffuses Gliom der linken motorischen Region beobachtet, das operativ entfernt wurde, worauf eine weitgehende Besserung eintrat. Auffallend war, daß zeitweise die in der Zerebrospinalflüssigkeit nachgewiesene Vermehrung des Eiweißgehaltes und der Na Cl-Menge das einzige diagnostische Zeichen des Tumors bildete. Trotz der großen Geschwulst fehlte die Stauungspapille dauernd.

Gensichen (55) beschreibt ein kleinzelliges Sarkom im Wurm des Kleinhirns, das mit einem Ausläufer die Oberfläche des linken Brückenwinkels erreichte.

*Weise*s Dissertation (219) behandelt ein Gliom des Scheitellappens, das sich sehr langsam entwickelt hatte.

An der Hand von 7 eigenen Beobachtungen bespricht *Fumarola* (52) die Kleinhirnbrückenwinkel-Tumoren. Er glaubt, daß Ohrverletzungen vielleicht einen Einfluß auf die Genese dieser Tumoren haben können. Sie entstehen am häufigsten im Alter zwischen 30 und 40 Jahren; ihr Sitz ist vorwiegend links. Die Diagnose stützt sich wesentlich auf die Symptome der Hirnhypertension, das gleichzeitige Bestehen einseitiger Lähmungen der Schädelnerven, vor allem des VIII., VII. und V., und einer progressiven Entwicklung. Im allgemeinen sind die Geschwülste gut begrenzt; ihre Struktur ist sehr verschiedenartig, meist sind sie bindegewebiger Natur. Die operativen Erfolge sind bis jetzt wenig ermutigend.

Artom (7) beschreibt zwei Fälle von Hirnechinokokkus. In dem ersten saß eine Zyste im Seitenventrikel, die Diagnose wurde intra vitam nicht gestellt, erst



: Sektion ergab den Echinokokkus, der den linken Hinterhauptlappen fast völlig :stört hatte. Die zweite Beobachtung betrifft einen 15jährigen Knaben, welcher : Symptome eines Kleinhirnbrückenwinkel-Tumors linkerseits darbot. Eine Operan führte zum Tode des Kranken, die Sektion zeigte einen Echinokokkus des rechten irnlappens mit Quetschung des Balkenknies und Ödem der Hirnnerven, besonders s VIII. und VII.

3 Hirnabszesse waren in dem von *Schluttig* (182) behandelten Falle vorhanden. ie Ursache war vielleicht ein Gesichtserysipel. Der Pat. starb kurz nach der peration.

Borchardt (21) berichtet über Selbstverletzung bei einem psychopathischen generierten Manne, der sich selbst ohne Instrument einen 4 cm langen Nagel . den Schädel getrieben hatte. Der hierdurch entstandene Hirnabszeß wurde erst ıät diagnostiziert, da der Kranke noch zahlreiche hysterische Symptome bot. er Abszeß wurde operativ geöffnet, es zeigte sich, daß der Nagel durch die Dura is in das Gehirn gegangen war.

4. Verletzungen des Gehirns.

Mendel (120) sah an den von ihm beobachteten Hirn- und Rückenmarkshüssen die bisherigen Ergebnisse betreffs der Lokalisation der Funktionen betätigt. Er erwähnt besonders, daß 3 Fälle von schwerer Stirnhirnverletzung eine uffällige Witzelsucht mit Euphorie darboten, eine Erscheinung, die bei andern lirnverwundungen nicht beobachtet wurde.

2 Tangentialschüsse und ein Steckschuß des Gehirns, die operiert wurden, aben *Marburg* (113) Gelegenheit zu Untersuchungen über kortikale Sensibilitätstörungen. Sprachstörung und Parese bildeten sich mit Ausnahme des einen Falles asch zurück, es blieb aber eine Sensibilitätsstörung bestehen. In den betroffenen Partien, der hinteren Zentralwindung und dem benachbarten Gyrus supramargialis, muß ein Zentrum für kombinierte Empfindungsqualitäten liegen, dessen usfall besonders linksseitig zu einer Tastlähmung des Daumens, Zeigefingers und Aittelfingers führt, mit gleichzeit ger Schädigung der protopathischen Sensibilität ınd des Lokalisierungsvermögens.

5 neurologisch bemerkenswerte Hirnschüsse sind von *J. H. Schultz* (189) ıeschrieben. Bei dem ersten war höchstwahrscheinlich eine vom Schußkanal abweigende Basisfraktur in der Gegend des rechten Canalis hypoglossi und leichte Kompression des Nerven durch Blutung entstanden. Entgegen der Regel wich die Zunge beim Vorstrecken nach der gesunden Seite ab. Zwei Fälle boten scharf umchrieben (pseudoperiphere) Sensibilitätsstörungen bei Großhirnverletzungen. Ein ierter Schuß hatte linksseitige totale Hyporeflexie, links stärkeres Nachröten und pontanes Außenvorbeizeigen der linken Hand hervorgerufen. Vielleicht sind diese Symptome ein Hinweis auf den gleichzeitigen Lobus frontalis. In diesem wie in lem 5. Falle konnte die sorgfältige neurologische Untersuchung zeigen, daß es sich ıicht, wie zuerst angenommen war, um Durchschüsse, sondern um Steckschüsse ıandelte.



Poppelreuter (147) macht darauf aufmerksam, daß bei hirnverletzten Soldaten stets, wenn eine Beschädigung des Sprachgebietes vorhanden war, die Bewegungsfähigkeit vorhanden war, auch dann, wenn eigentliche aphasische Störungen vermißt wurden. Die Prüfung des Rechnens scheint demnach ein sehr feines Reagens auf Hirnschädigungen darzustellen. Bei 3 Verletzungen der unteren linken Okzipitalgegend wurde bei Erhaltensein der geläufigen Einmaleinsreihen und guter Schreibfähigkeit eine Unfähigkeit des Kopfrechnens mit größeren Zahlen und der schriftlichen Rechenoperationen festgestellt.

Fast bei allen Hirnverletzungen, auch der rechten Hemisphäre, waren Störungen des Gedächtnisses, besonders der Merkfähigkeit, nachzuweisen. Ferner wurde allgemein die Erfahrung gemacht, daß lokalisierte Hirnverletzungen nicht nur die spezifischen Ausfallsymptome machen, sondern überhaupt die ganze Persönlichkeit wesentlich ändern können.

Auf das Vorkommen des zerebellaren Symptomenkomplexes bei Schädelverletzungen weist *Goldstein* (62) besonders hin. So konnte er bei einem durch Granat splitter verletzten und gleichzeitig verschütteten Manne, an dessen Kopfe eine Verletzung nicht mehr nachzuweisen war, neben Anzeichen einer funktionellen Erkrankung eine Schädigung des rechten Kleinhirns feststellen. Das Röntgenbild wies denn auch eine deutliche Fissur am Knochen auf, als deren Folge wohl eine Blutung entstanden war. Für die Diagnose einer Kleinhirnschädigung kommen in Betracht subjektive Störungen wie Kopfschmerzen, Störungen beim Bücken und Lagewechsel des Körpers, Unsicherheit beim Gehen, das Gefühl einer gewissen Verlangsamung der Bewegungen, die Neigung, nach einer Seite zu fallen, Schwindel. Objektiv ist zu achten auf den typischen zerebellaren breitbeinigen Gang, abnorme Kopf- und Rumpfhaltung, allgemeines Schwanken beim Stehen, Nystagmus, einseitige Ataxie, das Vorbeizeigen im *Barány*schen Zeigeversuch, Adiadochokinesis, d. h. Verlangsamung der Aufeinanderfolge antagonistischer Bewegungen, Störung in der Schätzung von Gewichten und Fehlen des Rückschlages bei der Widerstandsprüfung.

Karplus (91) beschreibt einen 25jährigen Mann, der nach einer Schrapnellexplosion in unmittelbarer Nähe mehrfach, auch am Schädel, verletzt war. Es traten in der Folge Anfälle von Bewußtlosigkeit mit allgemeinen Konvulsionen auf. Dann entwickelte sich eine dysarthrische Sprachstörung und Dysbasie, ferner eine linksseitige Beinlähmung, Erhöhung der Sehnenreflexe, Kontrakturen und leichte Parese der Gesichts- und Zungenmuskulatur. Neben einer Läsion der rechten Großhirnhemisphäre liegen wohl Koordinationsstörungen vor, die von einer Verletzung des Hirnstammes herrühren dürften. Möglicherweise ist diese durch die heftige Erschütterung zustande gekommen, doch hat vielleicht auch eine frühere luetische Infektion eine Prädisposition geschaffen.

Marburg und *Ranzi* (114) machen darauf aufmerksam, daß sich bei einer ganzen Reihe von Schädelschüssen die Symptome anfangs zurückbilden, daß aber früher oder später plötzlich zerebrale Erscheinungen auftreten, deren Ursache ein abgekapselter Abszeß ist. Ist also ein Schädelschuß mit Hirnverletzung noch so erfolgereich operiert, so muß man doch einen Spätabszeß annehmen, wenn meningeale



ymptome eintreten und die Lokalsymptome eine leichte Verstärkung erfahren. in frühzeitiger Eingriff kann den Durchbruch nach den Ventrikeln verhindern.

Rittershaus (162) wünscht, daß bei der Kriegsfürsorge die von Schädigungen es Zentralnervensystems Betroffenen mehr berücksichtigt werden. Unberechtigten nsprüchen muß vorgebeugt werden, es muß deshalb möglichst frühzeitig eine geaue Anamnese erhoben werden. Bei Schädel- und Rückenmarksschüssen werden Berufswechsel und konsequenter Unterricht nötig sein, die Mitarbeit der gebildeten Frau wird hier wie auch sonst viel erreichen können. Verf. macht ferner auf die große Selbstmordgefahr bei Melancholien aufmerksam, die zweifellos durch den Krieg ausgelöst werden können. Eine Reihe von Epilepsien ist ebenfalls durch den Krieg hervorgerufen, ferner viele Neurasthenien und Hysterien. Verf. gibt zu, daß eine latente Paralyse sehr wohl durch die Anforderungen eines Feldzuges zum Ausbruch kommen kann, er sah oft ausgesprochene Frühformen, bei denen körperliche Erscheinungen im Vordergrund standen. Die Ersetzung der Renten durch einmalige Abfindung in geeigneten Fällen ist erstrebenswert.

5. Psychosen bei diffusen Hirnerkrankungen.

Die Differentialdiagnose zwischen arteriosklerotischen und urämischen Zerebralstörungen kann große Schwierigkeiten bereiten. Nach *Strauß* (198) leistet die Bestimmung des Reststickstoffgehaltes des Blutserums hier wertvolle Dienste, weil nur echte Nephritiden und diese auch nur bei stärkerer Ausdehnung des Prozesses eine erhebliche Retention des Stickstoffes in den Säften zur Folge haben. Bei urämischen Zuständen trifft man meist 100—150, ja sogar 200—300 mg Rest N in 100 ccm Blutserum an. Werte unter 80—90 mg sprechen in dubio mehr für den arteriosklerotischen als für urämischen Ursprung der Störung.

Brouwer und *Blauwkuip* (23) haben einen Fall von perniziöser Anämie mit schwerer Beteiligung des Zentralnervensystems genau beschrieben. Es fand sich im Rückenmark und im verlängerten Mark eine herdförmige parenchymatöse Degeneration der Markfasern. Besonders im Corpus restiforme beiderseits waren große Herde vorhanden mit wenig Gliawucherung und massenhaft geschwollenen Fasern. Die Veränderungen begannen im 3. Sakralsegment und erstreckten sich durch das ganze Rückenmark. Es handelte sich um eine Quellung der Achsenzylinder und Markscheiden mit folgender Auflösung derselben und sekundärer Gliawucherung, so daß die Bezeichnung „primäre parenchymatöse Degeneration" angebracht erschien. In der grauen Substanz waren die Veränderungen nur geringfügig, im wesentlichen war die weiße Substanz betroffen. Die Ursache der Veränderungen liegt wohl in ungenügender Ernährung, die am ersten die Abschnitte des Rückenmarkes trifft, die von vornherein am schlechtesten genährt sind, also die Stränge. Von diesen werden wieder diejenigen getroffen, welche am meisten gebraucht werden, wie die Pyramidenbahn, die langen Fasern der Hinterstränge und der *Flechsig*schen Bahn. Von einer Entzündung war nirgends etwas zu sehen.

Eine Geistesstörung von der Form der Amentia bei einer Frau mit perniziöser Anämie schildert *Thode* (207). Es traten akute Verwirrungszustände auf, abwech-



selnd mit völliger Klarheit. Die Schädigung des Gehirns ist wohl auf toxische Stoffe zurückzuführen.

Gölkel (59) bringt in seiner Dissertation einen Fall von Meningitis bei einem 8jährigen Kinde, das im Anschluß an einen heftigen Schreck erkrankte und anfangs das Bild einer Hysterie bot. Später entwickelten sich völlige Verwirrtheit, Unruhe und Schmerzen, gegen Ende eine Stauungspapille. In der Lumbalflüssigkeit massenhaft Lymphozyten und große einkernige Zellen.

Einen Fall von Katatonie nach Sonnenstich hat *Repond* (156) beobachtet. Der Pat. erkrankte nach besonders starker Insolation mit Kopfschmerzen, Schwindel, Müdigkeit, Muskelschmerzen, Fieber und Erbrechen. Im Anschluß an diese Symptome wurde er unruhig, mißtrauisch und hatte Sinnestäuschungen. Ein Jahr später bot er das typische Bild einer Katatonie.

Römer (164) bringt 3 Fälle von Sonnenstich, davon einen mit Sektionsbericht. Hier war die Pia leicht weißlich verfärbt, im Subarachnoidealraum vermehrte seröse Flüssigkeit und mäßiger Hydrocephalus int. In Fall II ergab die Lumbalpunktion stark vermehrten Druck bei reichlicher Spinalflüssigkeit. Unmittelbar nachher verschwanden die Beschwerden. In Fall 3 ergab die erste Untersuchung klar die Symptome einer meningealen Erkrankung. Die Spinalpunktion ergab erhöhten Druck, vermehrte Zellenzahl, positive Globulinreaktion. Bei der zweiten Punktion ließ sich bereits eine Besserung feststellen, bei der dritten waren die pathologischen Veränderungen des Liquor verschwunden. Es ruft also der „Sonnenstich" eine Meningitis bzw. Meningoenzephalitis hervor. Es kommen zur Wirkung sowohl direkte als sekundäre Wärmestrahlen, ferner direkte Lichtstrahlen und sekundäre, durch Umwandlung aus kurzwelligen Lichtstrahlen in der Haut entstandene langwellige Strahlen.

Doinikow (37) konnte bei multipler Sklerose sichere Regenerationsvorgänge an Achsenzylindern nachweisen. Sprossungsvorgänge waren am häufigsten an den Axonen der grauen Substanz des Rückenmarkes zu sehen, seltener in den weißen Strängen. Im Kleinhirn beschränkten sich die progressiven Vorgänge nach dem Untergange des distalen Teils des *Purkinje*schen Axonstammes auf Verdickung der Kollateralen, vielleicht auch auf Bildung von neuen Ästen derselben. In der weißen Substanz des Großhirns konnten keine sicheren Sprossungsvorgänge an den erkrankten Achsenzylindern nachgewiesen werden. Verf. nimmt an, daß die größte Anzahl der Axone in alten sklerotischen Herden auf persistierende Achsenzylinder zurückzuführen ist. Ob die neugebildeten Bahnen auch bis zu ihrem physiologischen Endpunkt hinwachsen, ist noch nicht zu entscheiden.

Ein Fall von multipler Sklerose in Verbindung mit Syringomyelie ist von *Sittig* (191) veröffentlicht worden. Die Sklerose war für 1½ Jahre nach einem Typhus aufgetreten und vielleicht von ihm hervorgerufen. In den Gehirnherden waren besonders bemerkenswert die entzündlichen Gefäßinfiltrate sowie die starke Wucherung der Gliazellen- und -fasern, ferner stellenweise die Körnchenzellenbildung. Im Rückenmark fand sich vom Halsmark bis zum untersten Dorsalmark eine quere, spaltförmige Höhle, die sich stellenweise in zwei Spalte teilte. Um die Höhlung herum lag stark gewucherte Faserglia, größere bläschenförmige chromatinarme Gliakerne,



die stellenweise angehäuft waren. Außerdem waren sichere Herde anzutreffen, die der multiplen Sklerose angehörten.

In der von *Jakob* (83) veröffentlichten Beobachtung handelt es sich um einen Mann zwischen 30 und 40 Jahren mit allgemeiner körperlicher Schwäche, Apathie und Desorientierung und erheblicher Störung der motorischen Ausdrucksbewegungen besonders der Sprache. Einige Monate vor dem Tode trat ein epileptiformer Anfall auf mit leichten hemiplegischen Symptomen. Die *Wassermann*sche Reaktion war negativ.

Die Sektion ergab bei Erhaltenbleiben der äußeren Gehirnkonfiguration eine schwere Veränderung des Markes im Stirnbein, im Marklager der Zentralwindungen, des Parietal- und Okzipitalhirns sowie in der weißen Substanz der Medulla obl. und spinalis. Die Fibrae arcuatae und die Rinde selbst waren im wesentlichen verschont geblieben. Im Vordergrunde des Prozesses stand der Untergang der Markscheiden und ihrer Achsenzylinder, dazu kam hochgradige Wucherung der Glia und exsudativ-infiltrative Gefäßveränderungen mit den Zellformen der chronischen Entzündung. Das Endstadium der Erkrankung war eine reaktionslose Narbe mit Fehlen der Markfasern und reicher Entwicklung von Gliafasern und bindegewebigen Strukturen.

Das ganze Bild zeigt große Verwandtschaft mit der sogenannten diffusen Sklerose, unterscheidet sich von ihr aber dadurch, daß die Hauptmasse der Achsenzylinder zugrunde gegangen ist. Indessen hatten sich doch einzelne Herde nach dem Typus der Herde bei multipler Sklerose entwickelt, während der Hauptprozeß im Marklager sich als Myelitis erwies. Da entzündliche Myelitis und multiple oder diffuse Sklerose schwere exsudativ-infiltrative Gefäßveränderungen aufweisen, so besteht zweifellos hier eine Verwandtschaft. Verf. ist der Ansicht, daß die Krankheit eine exogene Pathogenese hat, doch blieben alle Nachforschungen nach einem Erreger resultatlos.

Curschmann (36) bespricht die atypische multiple Sklerose und luetische Spinalleiden bei Heeresangehörigen. Er führt einen Fall an, in welchem echte multiple Sklerose bei einem früher syphilitisch Infizierten festgestellt wurden. Alle vier Syphilisreaktionen waren negativ. Das Leiden war manifest geworden nach großen Marschstrapazen, so daß eine innere Kriegsdienstbeschädigung angenommen werden mußte. Bei einem andern Soldaten, der schon vor seiner Einstellung an multipler Sklerose gelitten hatte, trat bald eine erhebliche Verschlimmerung auf, die jedoch rasch einer weitgehenden Remission wich. Bei einem dritten Patienten konnte durch die 4 Syphilisreaktionen die Diagnose auf beginnende Tabes sehr frühzeitig gestellt werden. Verf. empfiehlt als Therapie bei multipler Sklerose das Fibrolysin *Mendel*, das bei einem 19jährigen Mädchen erhebliche Besserung brachte.

Kafka (87) gibt einen Überblick über den Stand unseres Wissens auf dem Gebiete des *Abderhalden*schen Dialysierverfahrens. Nach einigen technischen Bemerkungen bespricht er die be den einzelnen Krankheiten bisher gewonnenen Ergebnisse. Er betont, daß die Anstellung des Dialysierverfahrens immer noch einen wissenschaftlichen Versuch darstellt, der die Diagnosenstellung nur unterstützen darf. Zweifellos wird es für die Psychiatrie bedeutungsvoll werden.



Enge (44) schildert die Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen. Er betont, daß die spezielle Art der Infektion bei den akuten Infektionskrankheiten für die Form der in ihrem Gefolge auftretenden Psychosen nicht maßgebend ist. Weiter bemerkt Verf., daß unter Umständen bei Karzinom Geistesstörungen beobachtet werden, deren Entstehung durch toxische Einwirkungen auf die Hirnrinde nicht von der Hand zu weisen ist. Im übrigen bringt er vollständige Aufzählung aller hier in Betracht kommenden Krankheiten und ihrer Berührungspunkte mit Psychosen.

---

7. Allgemeine Psychiatrie.

Ref.: Hans Schroeder-Hildesheim.

1. *Anton G.* (Halle a. S.), Wohlfahrt und Wiedergenesung der deutschen Rasse. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 15/16 S. 86, Nr. 17/18 S. 97, Nr. 19/20, S. 105.
2. *Anton, G.* (Halle a. S.), Über psychische Folgen von Kopfverletzungen mit und ohne Gehirnerschütterungen. Psychol.-neurol. Wschr. Nr. 41/42, S. 365.
3. *Aschaffenburg, G.* (Köln a. Rh.), Winke zur Beurteilung von Nerven- und psychisch-nervösen Erkrankungen. Münch. med. Wschr. Nr. 27, S. 931.
4. *Aschaffenburg, G.*, Allgemeine Symptomatologie der Psychosen. Allgemeiner Teil, Abt. III des Handbuches der Psychiatrie von *Aschaffenburg*. Leipzig-Wien, Fr. Deuticke. (S. 130*.)
5. *Aschaffenburg, G.*, Die Einteilung der Psychosen. Spezieller Teil, Abt. I. des Handbuches der Psychiatrie von *Aschaffenburg*. Leipzig-Wien, Fr. Deuticke. (S. 129*.)
6. *Auerbach, Sigm.*, Die Aufbrauchstheorie und das Gesetz der Lähmungstypen. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 53, S. 449.
7. *Barr, Martin W.* (Elwyn, Pa.), The prevention of mental disease, the duty of the hour. Alienist and neurolog. vol. 36, no. 4, p. 357.
8. *Beckmann, Josef*, Über die Einwirkung fieberhafter Krankheiten auf Heilung von Psychosen, mit besonderer Berücksichtigung des Erysipels. Inaug.-Diss. 1914, Kiel.
9. *Berghäuser, Wilh.*, Die Darstellung des Wahnsinns im englischen Drama bis zum Ende des 18. Jahrh. Inaug.-Diss. Philos. Fak. Gießen.



10. *Bernhardt, M.*, Der Kremasterreflex. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 53, S. 330.

11. *Biach, Paul* (Wien), Studien über das Vorkommen des *Babinski*-schen Zehenphänomens und das Verhalten der Sehnenreflexe bei inneren Erkrankungen. Jahrbücher f. Psych. u. Neurol. Bd. 35, H. 2 u. 3, S. 222.

12. *Bianchi, Leonardo* (Napoli), Tratato di psichiatria ad uso dei medici e degli studenti. 2. Ed. Neapel, V. Pasquale.

13. *Bickel, Heinr.* (Bonn), Zur Pathogenese der im Krieg auftretenden psychischen Störungen. Neurol. Ztlbl. Nr. 4, S. 117.

14. *Bing* (Basel), Varietäten des *Babinski*schen Zehenreflexes und ihre diagnostische Bedeutung. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte Nr. 39.

15. *Binswanger, O.* (Jena), Die seelischen Wirkungen des Krieges. Der deutsche Krieg. H. 12. Politische Flugschr., herausg. von *Ernst Jäckl.* Stuttgart-Berlin, D. Verlagsanstalt.

16. *Binswanger* und *Siemerling*, Lehrbuch der Psychiatrie. Bearbeitet von *E. Schultze, A. Westphal, A. Hoche, R. Wollenberg* und den Herausgebern. Vierte verbesserte u. vermehrte Aufl. Jena, G. Fischer.

17. *Birnbaum, K.* (Berlin-Buch), Pathologische Überwertigkeit und Wahnbildung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 37, H. 1, S. 39 u. H. 2, S. 126.

18. *Bleuler, E.* (Zürich), Referat über: *Aschaffenburg, G.*, Die Einteilung der Psychosen, in Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie, Spez. T. Abt. I. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref.- u. Erg.- Bd. 11, H. 4, S. 251.

19. *Bonhoeffer, K.* (Berlin), Psychiatrie und Neurologie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 37, H. 2, S. 96.

20. *Bonhoeffer, K.* (Berlin), Psychiatrisches zum Kriege. Ztschr. für ärztl. Fortbild. Nr. 1.

21. *Borchardt, L.* (Berlin), Selbstverletzung am Schädel und Gehirn. (Kasuist. Mitt. aus der Kgl. Psych.- u. Nervenklin. der Charité V.) Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, H. 1, S. 84.

22. *Bouman* und *van Hasselt, J. A.*, Die *Abderhalden*sche Reaktion bei

Psychosen und Neurosen. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. vol. 59 (I), p. 423.

23. *Brouwer, B.*, und *Blaukuip, H. J. J.* (Amsterdam), Über das Zentralnervensystem bei perniziöser Anämie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, H. 5, S. 286.

24. *Bresler, Joh.* (Lüben), Die behauptete Zunahme geistiger Erkrankungen bei Beginn des Krieges in der Zivilbevölkerung Deutschlands. Ergebnis einer Umfrage. Psychol.-neurol. Wchsr. Nr. 29/30—33/34.

25. *Burchard, E.* (Berlin), Sexuelle Fragen zur Kriegszeit. Ztschr. f. Sexualwiss. Bd. 1, S. 373. (S. 133*.)

26. *Cazzamalli, Ferdin.* (Como), Contributo allo studio della suggestibilità dei sani e dei malati di mente. Il Manicomio ann. 30, no. 1, p. 1.

27. *Ceni, Carlo* (Cagliari), La commozione cerebrale e gli organi genitali maschili. Rivista speriment. di freniatria vol. 41, p. 1—34.

28. *Csiky, J.* (Budapest), Über das Nachbewegungsphänomen (Katatonusversuch von *Kohnstamm*). Neurol. Ztlbl. Nr. 20, S. 775.

29. *del Croce* (Como), Sui mutamenti del concetto di „degenerazione" nella clinica mentale. Il Manicomio 29. ann., no. 1—3, p. 37.

30. *Davenport, Charles B.* (Washington), The feebly inhibited. I. Violent temper and its inheritance. Journ. of nerv. and ment. dis. vol. 42, no. 9, p. 593.

31. *Dees, O.* (Gabersee), Timon von Athen, Shakespeares Drama, nach psycho-pathologischen Gesichtspunkten erklärt. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 28, H. 1, S. 50. (S. 131*.)

32. *Dercum, F. X.* (Philadelphia), The tools of our trade. Journ. of the Americ. med. ass. vol. 64 no. 11.

33. *Dercum, F. X.* (Philadelphia), Nervous and mental diseases and the newer pathology. Journ. of nerv. and mental dis. vol. 42, no. 6, p. 358.

34. *Donath, J.* (Wien), Beitrag zu den Kriegsverletzungen und -erkrankungen des Nervensystems. (S. 135*.)

35. *Dornblüth, O.* (Wiesbaden), Deutsches Erziehungsbuch. Ratgeber für Eltern und Erzieher. Wiesbaden, C. F. Bergmann. 252 S. 5 M.



36. *Ebstein*, Ernst Platners Krankheitsgeschichte im Jahre 1818. Psych.-neurol. Wschr. 1915, Bd. 17, Nr. 13—14. (S. 131*.)

37. *Enge, J.* (Lübeck), Die Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen. Med. Klin. Nr. 25 u. 26.

38. *Engelhorn, Ernst* (Jena), Zur Behandlung der Ausfallserscheinungen. Münch. med. Wschr. Nr. 45, S. 1527.

39. *Eulenburg, A.*, Nervenkrankheiten und Ehe. Sonderabdr. aus: Krankheiten u. Ehe. 2. Aufl. Neu bearb. u. herausg. von *C. v. Noorden* und *S. Kaminer*. Leipzig. Gg. Thieme. 49 S.

40. *Evans, Br. D.*, and *Mikels, Frank M.* (Morris Plains), The therapeutic value of diversional occupation. American journ. of insanity vol. 72, no. 2, p. 338.

41. *Ewald, C. A.*, Diät und Diätotherapie. Berlin-Wien. Urban u. Schwarzenberg. 470 S. 15 M.

42. *Eyman, H. C.* (Massilon, O.), Institutional stasis. Americ. journ. of insan. vol. 72, no. 2, p. 331.

43. *Flatau, G.*, Zur Kenntnis des Suggestionsbegriffs. Med. Klin. 1915, Nr. 31—33. (S. 130*.)

44. *Forster, E.*, u. *Schlesinger, E.* (Berlin), Über die physiologische Pupillenunruhe und die Psychoreflexe der Pupille. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 37, H. 3, S. 197.

45. *Flusser, Emil* (Mähr. Weißkirchen), Psychosen bei Kriegstyphus. Wiener med. Wschr. Nr. 39.

46. *Fraenkel, L.* (Breslau), Ätiologie und Therapie von Frauenkrankheiten bei Irren. Med. Klin. Nr. 29 u. 30, S. 799 u. 828.

47. *France, Jos. Irwin*, Some remarks to the nervous and psychic appearences in cordial afflictions. Journ. of the Americ. med. Ass. vol. 64, no. 8.

48. *Frankhauser, K.* (Stephansfeld), Über Kausalität im allgemeinen sowie „Psychische Kausalität" im besonderen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 29, H. 3 u. 4, S. 201.

49. *Franz, V.* (Leipzig-Marienhöhe), Die Vererbung erworbener Eigenschaften im Lichte der neueren Forschung. Med. Klin. Nr. 10, S. 277.

50. *Freemann, Douglas S.* (Richmond, Va.), Publicity and the public mind. Americ. journ. of insan. vol. 72, no. 1, p. 17.

51. *Freimark, Hans*, Robespierre. Eine historisch-psychologische



Studie. Grenzfragen des Nerven- u. Seelenlebens, herausg. von *L. Löwenfeld*-München. Wiesbaden, J. F. Bergmann.

52. *Freud*, *H.*, Über längeren Gebrauch von Adalin. Med. Klin. Nr. 2, S. 40.
53. *Friedlaender*, *Erich* (Lindenhaus-Lemgo), Einige Erfahrungen mit Morphium-Skopalamin und Trivalin bzw. Trivalin-Hyoszin bei der Behandlung schwerer Erregungs- und Angstzustände. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 35/36, S. 203.
54. *Friedländer*, *Rosa*, Über Foligan, ein neuartiges Sedativum. D. med. Wschr. Nr. 32, S. 952.
55. *Fuchs*, *Walter* (Emmendingen), Mobilmachungspsychosen. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 3, S. 25.
56. *Ganter*, *Rud.* (Wormditt), Über Kopfhautfalten und Haarlinien. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 72, H. 1, S. 63.
57. *Gaupp*, *R.* (Tübingen), Zur Klassifikation in der Psychopathologie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 28, H. 2 u. 3, S. 292. (S. 134*.)
58. *Gezelle Meerburg*, *G. F.*, Quelques observations sur l'influence des traumata psychiques. Psych. en neurol. Bladen vol. 19, p. 303.
59. *Goldscheider* (Berlin), Aufgaben und Probleme der inneren Medizin im Kriege. (Vortr.: Berl. med. Ges., Sitzungsber. v. 20. X. 1915.) Ref. : Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref.- u. Erg.-Bd. 12, H. 4/5, S. 398.
60. *Gottstein*, *A.* (Charlottenburg), Krieg und Gesundheitsfürsorge. D. med. Wschr. Nr. 42 u. 43.
61. *Grabley*, *P.* (Berlin-Erkner), Über Mineralstoffwechsel. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 5—8. (S. 131*.)
62. *del Greco*, *Fr.* (Aquila), Follia nelle donne dello Shakespeare e psicologia feminile. Il Manicomio no. 1—3 (29 ann.).
63. *Grotjahn*, *Alfred*, Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der menschlichen Krankheiten als Grundlage der sozialen Medizin und der sozialen Hygiene. Berlin. Aug. Hirschwald. 532 S. 15 M.
64. *v. Gruber* (München), Hebung der Rasse. (Berichterstattung über Vorträge auf der Konferenz der Zentralstelle für Volkswohlfahrt. Berlin, 26.—28. X. 15.) Ref.: D. med. Wschr. Nr. 49, S. 1476, l.



65. *Haines, Emilie L.* (Boston), The therapeutic value of occupation for the insane. Boston med. and surg. journ. vol. 173, p. 569.

66. *Harrington, Milton A.* (White Plains, N. Y.), The psychic factors in mental disorder. Americ. journ. of insan. vol. 71, no. 4, p. 691.

67. *Hegar, Aug.* (Wiesloch), Abnorme Behaarung bei weiblichen Geisteskranken. Hegars Beiträge zur Geburtshilfe Nr. 19, Erg.-H.

68. *Hellwig, A.*, Gerichtsassessor, Gesundbeten und andere mystische Heilverfahren. Beitr. zur Geschichte der neueren Mystik u. Magie H. 3. Leipzig. Wilh Heims. 49 S. 80 Pf.

69. *Henderson, D. K.* (Baltimore), Typhoid fever with permanent memory defect. Americ. journ. of insanity vol. 71, no. 4, p. 685.

70. *Herschmann*, Über die Fälle von Geistesstörung nach Cholera asiatica. Wiener med. Wschr. Nr. 37.

71. *Hibben, Dietrich*, Über psychische Störungen bei Geschwistern. Inaug.-Diss. Kiel.

72. *Hoche, A.*, Krieg und Seelenleben. Leipzig u. Freiburg. Speyer & Kaerner. 35 S. 90 Pf. (S. 128*.)

73. *Hoche, A.*, Der Einzelne und seine Zeit. Leipzig-Freiburg, Speyer & Kaerner. 39 S. (S. 129*.)

74. *Höber, R.*, Neue Versuche zur Theorie der Narkose. D. med. Wschr. 1915, Nr. 10. (S. 130*.)

75. *Höpfner, Ernst Walter*, Die Nürnberger Ärzte des 15. Jahrhunderts, DDrs. *Hermann* und *Hartmann Schedel* und zwei Konsilien des letzteren für Paralyse. Inaug.-Diss. Leipzig.

76. *Hoover, C. T.*, The signification of akro-ataxia and proximo-ataxia. Americ. journ. of med. sc., no. of Nov.

77. *Horney, Karen*, Ein kasuistischer Beitrag zur Frage der traumatischen Psychosen. Inaug.-Diss. Berlin.

78. *Hughes, Chas. H.* (St. Louis, Ned.), Psychiatry in the dietary. Alienist and neurol. vol. 36, no. 1, p. 36.

79. *Jacobi, C.* (Tübingen), Erschöpfung und Ermüdung. (Med.-naturw. V. Tübingen, Sitzungsber. v. 27. II. 15.) Ref.: Münch. med. Wschr. Nr. 14, S. 481. (S. 135*.)

80. *Jacobi, Walter*, Das Zwangsmäßige im dichterischen Schaffen Goethes. (Psychiatrisch-kritische Studie.) Inaug.-Diss. Jena.



81. *Jacobsohn, L.* (Berlin), Krieg und Nervensystem. Therap. d. Gegenwart. Januarheft.

82. *Jacoby, Geo W.*, Exact and inexact methods in neurology and psychiatry. Americ. journ. of mental dis. vol. 42, no. 10, p. 660.

83. *Jaffée, H.*, u. *Pribram, E.* (Wien), Weitere Untersuchungen über die Spezifizität der Abwehrfermente mit Hilfe der optischen Methode. Münch. med. Wschr. Nr. 18, S. 614.

84. *Jelliffe, Smith Ely*, Notes on the history of psychiatry, X. (Continued from May 1911.) Alienist and neurol. vol. 36, no. 4, p. 365.

85. *Jentsch*, Die Schreckneurose Claude Lorrains. Psych.-neurol. Wschr. 1915, Bd. 17, Nr. 39—40. (S. 132*.)

86. *Jentsch*, Faradays Misogynie. Ztschr. f. Sexualwissenschaft Bd. 2, H. 6. (S. 132*.)

87. *Jentsch*, Faradays Gedächtnisschwäche. Die Naturwissenschaften 1915, H. 47—48. (S. 132*.)

88. *Jolly, Ph.* (Halle a. S.), Menstruation und Psychose. Habilitationsschrift. Halle a. S. Berlin, Schumacher. 50 S., u. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 3, S. 637. (S. 134*.)

89. *Kafka, V.* (Friedrichsberg), Praktisches und Theoretisches zum Dialysierverfahren. Fermentforschung Bd. 1, H. 3, S. 254. (S. 136*.)

90. *Kafka, V.* (Friedrichsberg), Zur Frage des Dialysierverfahrens nach *Abderhalden* für die Psychiatrie. Münch. med. Wschr. Nr. 39, S. 1316.

91. *Kaplan, D. M.* (New York), Serology of nervous and mental diseases. Philadelphia and London, W. B. Saunders Co. 346 p. 3,50 D.

92. *Karpas, M. J.* (New York), The influence of the civilisation on insanity. New York med. journ. no. of Sept.

93. *Krantz, Hetty*, Über den Zusammenhang zwischen gynäkologischen Operationen und Psychosen. Inaug.-Diss. Bonn.

94. *Krehl* und *Marchand*, Handbuch der allgemeinen Pathologie Bd. III, Abt. 1: Pathologie der Zelle, Atrophie und Aplasie. Leipzig, Hirzel. 21 M.



95. *Kronfeld, E. M.*, Der Krieg im Aberglauben und Volksglauben. München, Hugo Schmidt. 2,50 M.

96. *Kronthal, Paul* (Berlin), Über den Seelensitz. Arch. f. Psych. Bd. 56, H. 1, S. 219. (S. 130*.)

97. *Künzel, Ilse*, Über die Prognose der Psychosen und Neurosen im Kindesalter. Inaug.-Diss. Bonn.

98. *Kruse, Joh. Nikolaus*, Über die nach psychischem Trauma entstehenden Psychosen. Inaug.-Diss. 1914, Kiel.

99. *Laudenheimer* (Alsbach), Über die Anamnese der Kriegspsychosen. (Wandervers. Südwestd. Neurologen u. Psychiater, Baden-Baden, 29. Mai.) Eigenbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref.- u. Erg.- Bd. 11, H. 7, S. 540.

100. *Lind, John E.* (Washington, D. C.), Combined psychoses. Americ. journ. of nerv. and mental dis. vol. 42, no. 4, p. 217.

101. *Löwy, Max* (Marienbad), Neurologische und psychiatrische Mitteilungen aus dem Kriege. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 37, H. 6, S. 380.

102. *Ludlum* and *Corson-White*, *Abderhalden* reactions and defective mental and physical states. (Rep.: Americ. neurol. Ass. 41th meeting. New York, May.) Americ. journ. of nervous and mental dis. vol. 42, no. 11, p. 739.

103. *MacDonald*, jun., *Wm.*, Mental disease and language. Journ. of nerv. and mental dis. vol. 42, no. 7 u. no. 8, p. 482 u. 540.

104. *Marburg, O.*, Beiträge zur Frage der kortikalen Sensibilitätsstörungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 1915, Bd. 37, H. 2. (S. 138*.)

105. *Marie, A.*, et *MacAuliffe*, Charactères morphiologiques généraux des aliénés. Compte-rendu des séance, Paris, no. 19.

106. *Matti, Herm.* (Bern), Einfache Projektion der Gehirnzentren ohne Kraniometer. Münch. med. Wschr. Nr. 25, S. 861.

107. *Mayer, Felix* (Berlin), Sedobrol in der neurologischen Praxis. Berl. klin. Wschr. Nr. 6, S. 132.

108. *Mayer, Wilh.* (Tübingen), Bemerkungen zur *Abderhalden*schen Reaktion in der Psychiatrie. Münch. med. Wschr. Nr. 17, S. 580. (S. 136*.)

109. *Mendel, Kurt* (Berlin), Psychiatrisches und Neurologisches aus dem Felde. Neurol. Ztlbl. Nr. 1, S. 2.





110. *Meyer, E.*, Bemerkungen zu der Differentialdiagnose der psychogenen Reaktionen mit besonderer Berücksichtigung der im Kriege beobachteten psychischen Störungen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 1915, Bd. 56, H. 1. (S. 138*.)

111. *Meyer, E.* (Königsberg), Beitrag zur Kenntnis des Einflusses kriegerischer Ereignisse auf die Entstehung geistiger Störungen in der Zivilbevölkerung und zu der der psychischen Infektion. Arch. f. Psych. Bd. 56, H. 1, S. 247.

112. *Meyer, E.* (Königsberg), Zur Frage der Konzeptionsbeförderung und der Eheschließung bei Nerven- und Geisteskranken. D. med. Wschr. Nr. 1, S. 3.

113. *Meyer, E.* (Königsberg), Der Einfluß des Krieges, insbesondere des Kriegsausbruches auf schon bestehende Psychosen. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 2, S. 354.

114. *Moll, A.* (Berlin), Psychopathologische Erfahrungen vom westlichen Kriegsschauplatz. Ztschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 9 u. 10.

115. *Moravczik, E. E.*, Die Rolle des Krieges in der Ätiologie nervöser, insbesondere psychischer Störungen. Orvosképzés Nr. 1—3.

116. *Müller, E.* (Waldbroel), Ein Beitrag zu den Beziehungen zwischen bösartigen Geschwülsten und Geisteskrankheiten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 72, H. 1, S. 72.

117. *Müller, Friedrich* Über das Altern. Rede beim Stiftungsfest der Ludwig-Maximilians-Universität München. Volkmanns klin. Vorträge Nr. 719. Leipzig Joh. A. Barth. 24 S. (S. 129*.)

118. *Münzer, A.* (Berlin), Die Psychose der Verwundeten. Berl. klin. Wschr. Nr. 10, S. 234.

119. *Muskens, L. J. J.* (Amsterdam), Psychiatrie, Neurologie und Neuro-Chirurgie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 37, Bl. 6, S. 374.

120. *Neißer, A.*, Sammelforschung zur Frage der sexuellen Abstinenz. D. med. Wschr. Jahrg. 41, S. 1150.

121. *Nießl v. Mayendorf* (Leipzig), Beiträge zur Kenntnis vom zentralen Mechanismus der Sprache. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 53, H. 3 u. 4.

122. *Nißl, Franz* (Heidelberg), Beiträge zur Frage nach der Beziehung zwischen klinischem Verlauf und anatomischem Befund bei



Nerven- u. Geisteskrankheiten. Bd. 1, H. 3. Berlin, Jul. Springer. 107 S.

123. *Orton*, *Samuel T.* (Philadelphia), The present status of the application of the *Abderhalden* dialysis method to psychiatry. Americ. journ. of insanity vol. 71, no. 3, p. 573.

124. *Oswald*, *Ad.* (Zürich), Über die Rolle des Nervensystems in der Genese der Stoffwechsel- und Konstitutionskrankheiten. Neurol. Ztlbl. Nr. 13, S. 452.

125. *Parhon* et *Savini*, Essais de culture microbienne sur milieux glandulaires. Comptes rendus des séances de la Sociéte de Biologie 1915, B. 78, S. 161 u. 197. (S. 135*.)

126. *Pfeiffer*, *J. A. T.* (Washington), The neuropathological findings in a case of pernicious anemia with psychical implication. Journ. of nerv. and mental dis. vol. 42, no. 2, p. 75.

127. *Pick*, *A.*, Zur Pathologie des Bewußtseins vom eigenen Körper. Neurol. Ztlbl. 1915, Nr. 7/8. (S. 137*.)

128. *Pick*, *A.* (Prag), Zur Erklärung gewisser Hemmungserscheinungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 37, H.3, S. 143. (S. 137*.)

129. *Pick*, *A.* (Prag), Zur Lehre vom Verhältnis zwischen pathologischer Vorstellung und Halluzination. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 37, H. 5, S. 269.

130. *Pick*, *A.* (Prag), Zur Erklärung einer Störung des Gedankenablaufs (Die autochthonen Ideen *Wernickes*). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 29, H. 1, S. 79.

131. *Pighini*, *Giacomo* (Milano), La biochimica del cervello. (Cinque conferenze tenute agli Istituti clinici di perfezionamento di Milano. Prefazione del Prof. Sen. Giacomo Ciamician.) Torino, Rosenberg & Seiler, Ed. 162 p. 5 L. (S. 135*.)

132. *Placzek* (Berlin), Selbstmordverdacht und Selbstmordverhütung. Eine Anleitung zur Prophylaxe für Ärzte, Geistliche, Lehrer und Verwaltungsbeamte. Georg Thieme, Leipzig 1915. 272 S. 6 M. (S. 130*.)

133. *Redlich*, *E.*, Zur Narkolepsiefrage. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 1915, Bd. 37, H. 2. (S. 137*.)

134. *Régis*, Les troubles psychiques et neuropsychiques de la guerre. Presse médicale no. du mai 27ième.

135. *Reichardt*, *Martin* (Würzburg), Intravitale und postmortale Hirn-



schwellung. Eine Berichtigung der letzten Ausführungen *Rosentals* (vgl. Ztlbl. 1914, S. 1085). Neurol. Ztlbl. Nr. 2, S. 55.

136. *Repond*, *André* (Zürich), Über die Beziehungen zwischen Parästhesien und Halluzinationen, besonders bei delirösen Zuständen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, H. 4, S. 216. (S. 137*.)

137. *Resch*, *Heinrich* (Bayreuth), Geisteskrankheiten und Krieg. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 72, H. 2, S. 121.

138. *Ribbert*, *Hugo*, Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie, 5. Aufl. Leipzig, C. F. W. Vogel.

139. *Römer*, *C.* (Hamburg), Über die Pathogenese des Sonnenstichs. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 37, H. 2, S. 104.

140. *Rogers*, *Artur W.*, Disturbances of the central nervous system accompaniing pernicious anemia. Report of two cases. (Chicago neurological Soc. 21th Jan.) Americ. journ. of nerv. and mental dis. vol. 42, no. 10, S. 693.

141. *Rohrhurst*, *Karl*, Erfahrungen der Heidelberger Klinik mit der *Abderhalden*schen Reaktion. Inaug.-Diss. Heidelberg.

142. *Rosanoff*, *A. J.* (Kings Park, N. Y.), Some neglected phases of immigration in relation to insanity. American journ. of insan vol. 72, no. 1, p. 45. (S. 132*.)

143. *Rosanoff*, *A. J.* (Kings Park, N. Y.), Is insanity on the increase? Journ. of American med. Ass. vol. 65, p. 319. (S. 132*.)

144. *Rose*, *Erich* (Berlin), Foligan-„Henning", ein neues pflanzliches Sedativum. Münch. med. Wschr. Nr. 20, S. 681.

145. *Ross*, *E. L.*, and *Singer*, *H. C.* (Kaukakee, Ill.), Observations on the use of the *Abderhalden* reaction with normal and pathological human serum. Arch. of international med. vol. 15, p. 724. (S. 136*.)

146. *Roth*, *E.* (Potsdam), Kriegsgefahr und Psyche. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 1.

147. *Rothmann*, *Max* (Berlin), Zum Katatonusversuch *Kohnstamm*. Neurol. Ztlbl. Nr. 12, 421.

148. *Rothmann*, *Max* (Berlin), Der Greifversuch und seine diagnostische Bedeutung. (Berl. Ges. f. Psych. u. Nervenkrankh.,



Sitzungsber. Jan.) Eigenber.: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref.- u. Erg.-Bd. 11, H. 4, S. 248.

149. *Rothmann, Max* (Berlin), Die Hirnphysiologie im Kriege. Berl. klin. Wschr. Nr. 14, S. 338.

150. *Serejski, M.*, Klinische Erfahrungen mit Diogenal (a. d. Psych. Klin. in München). D. med. Wschr. Nr. 32, S. 942.

151. *Singer, Kurt* (Berlin), Wesen und Bedeutung der Kriegspsychosen. Berl. klin. Wschr. Nr. 8, S. 177.

152. *Smith-Williams, H.*, The laws of heredity-their definitive meaning and interpretation. Santa Rosa, Cal., Luther Burbank Soc.

153. *Sokolow, Paul* (Wil), Die experimentelle Auslösung der Gehörshalluzinationen durch peripher Reize. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 2, S. 432. (S. 137*.)

154. *Sokolow, P.* (Wil), Weitere Experimente über die Auslösung der Gehörshalluzinationen durch periphere Reize. Arch. f. Psych. Bd. 56, H. 1, S. 174. (S. 137*.)

155. *Sommer, R.*, Krieg und Seelenleben. Wien. med. Wschr. Nr. 38 u. 39, S. 1441 u. 1481.

156. *Swift, W. B.* (Boston), A new method of reflex elicitation. Preliminary report. Journ. of the Americ. med. Ass. vol. 63, p. 1568 (Oct. 1914).

157. *Swift, W. B.* (Boston), Studies in neurological technique. No. 2: Indication and method for the use of the electrical re-enforcement for the elicitation of the absent reflexes. Review of neurol. and psych. no. of Dec. 1914.

158. *Schaffer, Karl* (Budapest), Erster Bericht über die Tätigkeit des Budapester interakademischen Hirnforschungsinstituts (1912 bis 1915). Vgl. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 30, H. 1, S. 85.

159. *van der Scheer, W. M.* (Meerenburg), Untersuchungen über Adrenalinmydriasis bei Geisteskranken und Gesunden. Neur. Ztlbl. Nr. 18, S. 667 u. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref.- u. Erg.- Bd. 11, S. 720 u. Bd. 12, H. 3, S. 242.

160. *Schröder, P.* (Greifswald), Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. Stuttgart, Enke. 54 S. (S. 133*.)

161. *Schröder, P.*, (Greifswald), Traumatische Psychosen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38, H. 4, S. 193. (S. 133*.)



162. *Schröder*, *P.* (Greifswald), Von den Halluzinationen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 37, H. 1. (S. 136*.)

163. *Schröder*, *P.* u. *Hinsberg*, *V.*, Zur Frage der spezifischen Wirkung von Chinin und Salizylsäure auf das Ganglion spirale. Ztschr. f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankh. der Luftwege 1915, Bd. 73, H. 2. (S. 131*.)

164. *Schultz*, J. *H.* (Jena), Einige Bemerkungen über Feindschaftsgefühle im Kriege. Neurol. Ztlbl. Nr. 11, S. 373.

165. *Schultz*, *J. H.* (Jena), Wege und Ziele der Psychotherapie. Therapeut. Monatshefte Nr. 8.

166. *Stearns*, *A. W.* (Boston), On the diagnostic value of halluzinations, based on a study of 500 cases of mental disease. Journ. of nerv. and mental dis. vol. 42, no. 1, p. 28.

167. *Steiner* (Straßburg i. E.), Neurologie und Psychiatrie im Kriegslazarett. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 30, H. 2/3, S. 305.

168. *Steiner*, *Herbert* (Wien), Klinische Studien mit *Abderhaldens* Dialysierverfahren. D. med. Wschr. Nr. 17 u. 18, S. 489 u. 526.

169. *Steinmetz*, *S. R.*, Das persönliche Element in der Rassenkreuzung. Arch. f. Sexualforsch. Bd. 1, Nr. 1.

170. *Stelzner*, *Helene Friederike* (Berlin), Aktuelle Massensuggestion. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 2, S. 365.

171. *Stewart*, *G. N.*, Studien über die Zirkulation beim Menschen: Der Blutstrom in Händen und Füßen bei Krankheiten des Nervensystems. Arch. of internat. Med. Nr. v. August.

172. *Stoffel*, *A.*, Über die Technik der Neurolyse. D. med. Wschr. Bd. 41, S. 1243.

173. *Stransky*, *E.* (Wien), Einiges zur Psychiatrie und zur Psychologie im Kriege. (Aphoristische Bemerkungen.) Wien. med. Wschr. Nr. 26 u. 27.

174. *Stransky*, *E.* (Wien), Psychiatrische Erfahrungen im Frontdienst. (Verein f. Psych. u. Neurol. Wien, Sitz. v. April.) Ref.: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref.- u. Erg.- Bd. 11, H. 7, S. 540.

175. *Straub*, *M.*, Die Wirksamkeit des Bewußtseins beim Entstehen



und Fortbestehen der Reflexe. Geneesk. Bladen vol. 18, p. 245.

176. *Streblow, Fr.* (Berlin), Über Diogenal, ein neues Sedativum und Hypnotikum. D. med. Wschr. Nr. 10, S. 278.

177. *Stuchlík, Jar.* (Rot Kostelec), Zum Begriff „Psychose". Revue v. neuropath. vol. 12, p. 185 (böhmisch).

178. *Stuchlík, Jar.* (Rot Kostelec), Über pathologische Heredität. Ziva vol. 24, p. 282 (böhmisch).

179 *Thode, Günther,* Über die im Gefolge der perniziösen Anämie auftretenden psychischen Störungen. Inaug.-Diss. Kiel.

180. *Thomas, H. G.* (Oakland, Cal.), Optic neuritis and the colour fields in the diagnosis of syphilis, neurasthenia, hyperthyreoidism, dementia praecox, manic-depressive insanity, and third generation syphilis. Americ.journ. of insan. vol. 72, no. 1, p. 59.

181. *Tischbein, Peter,* Über die Bedeutung der Degenerationszeichen, besonders der Ohrmißbildungen bei Geisteskranken. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 138*.)

182. *Travaglino, P. H. M.,* Beitrag zur Kenntnis der Amnesie. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. vol. 59 (I), p. 1669.

183. *Tremmel, Emil,* Untersuchungen über die faradische Auslösung des normalen und des *Babinski*schen Fußsohlenreflexes. Inaug.-Diss. Heidelberg.

184 *Treiber, Georg* (Görden b. Brandenburg) Erfahrungen über die Entlassung Geisteskranker gegen ärztlichen Rat. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 72, H. 1, S. 100.

185. *Turner, W. A.,* Cases of nervous and mental shok observed in the base hospitals in France. British med. journ. no. of May 15th.

186. *Versluys, J.* (Gießen), Über die Verbreitung von Seuchen durch Insekten im Kriege. Leipzig, J. A. Barth. 14 S. 25 Pf.

187. *Voß, G.,* Die Ätiologie der Psychosen (115 S.). Abt. III des Allg. Teils des Handbuches der Psychiatrie von *Aschaffenburg.* Leipzig u. Wien, Fr. Deuticke. (S. 133*.)

188. *Voß, P.,* Psyche und Gefäßsystem. Ztlbl. f. Herz- u. Gefäßkrankh. Nr. 21 u. 22.



189. *de Waele* (Gent), La réaction d' *Abderhalden* est une globulinolyse. Ztschr. f. Immunforschung, Orig.-Bd. 22, Nr. 2.
190. *Wallenberg*, *Adolf* (Danzig), Ludwig Edinger zum 60. Geburtstage. Arch. f. Psych. Bd. 55, H. 3, S. 997.
191. *Weber*, *Ernst* (Berlin), Die Behandlung der Folgezustände von Gehirnerschütterung. Med. Klin. Nr. 17, S. 474.
192. *Weber*, *L. W.* (Chemnitz), Die Bedeutung der Suggestion und anderer psychischer Momente im Sexualleben. Arch. f. Sexualforsch. Bd. 1, H. 1, S. 10.
193. *Weintraub*, *W.* (Wiesbaden), Über Fonabisit, nebst Bemerkungen über die Wirkung von Suggestionsmitteln. Eigenbericht: D. med. Wschr. Nr. 2, S. 37.
194. *Wells*, *F. L.* (Waverley, Mass.), A note on the retention of acquired capacities. Americ. journ. of psychol. vol. 26, p. 58.
195. *Weston*, *Paul G.*, and *Ira Darling* (Warren, Pa.), The value of routine laboratory work in psychiatry. Americ. journ. of insan. vol. 72, no. 2, p. 325.
196. *Weyert* (Posen), Militär-psychiatrische Beobachtungen und Erfahrungen. Karl Marhold, Halle a. S. 1915. 145 S. 3,60 M. (S. 130*.)
197. *Weygandt*, *W.* (Hamburg), Kriegseinflüsse und Psychiatrie. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild., Mai 1915. S. 15. (S. 129*.)
198. *Weygandt*, *W.* (Hamburg), Psychose auf Grund von Hirntrauma. (Ärztl. V. Hamburg, Sitz. v. 6. VII. 15.) Ref.: D. med. Wschr. Nr. 45, S. 1353.
199. *Wittermann*, *Ernst* (Winnenthal), Kriegspsychiatrische Erfahrungen. (Vortr. Wandervers. Südwestd. Neurol. u. Irrenärzte, Baden-Baden, 22./23. V. 16.) Münch. med. Wschr. Nr. 34, S. 1164.
200. *Wolff*, *Gustav* (Basel), Der Fall Hamlet. München, E. Reinhardt. 180 S. 3,50 M. (S. 138*.)

I. Allgemeines.

Hoche (72): Der vorliegende Abdruck des vor Weihnachten 1914 gehaltenen Vortrages enthält außer dem, was die Ärzte besonders angeht, zahlreiche Hinweise, welche für alle diejenigen von Belang sind, denen das psychologische Moment im Kriege von besonderer Bedeutung erscheint. Schon seit längerem ist man bemüht



gewesen, die militärischen Vorgesetzten eingehend über die Einflüsse aufzuklären, welche das militärische Leben an sich auf das Seelenleben des Soldaten ausübt. Daß diese Einflüsse unter dem Druck der Anstrengungen und Gefahren im Kriege in erhöhtem Maße hervortreten, ist ohne weiteres klar. Der Vortrag bringt in gedrängter Kürze und ohne sich in Einzelheiten zu verlieren alle mit dem Gegenstand sich berührenden Vorkommnisse. Das deutsche Heer und das deutsche Volk, so wird festgestellt, ist in seiner Gesamtheit mit seinen Nerven allen Kriegslasten gewachsen.

Hoches (73) Betrachtungen, welche dem gegenwärtigen Kriege gewidmet sind, knüpfen an den erstgenannten Vortrag an und ergänzen ihn. Vom hohen Standpunkt aus überblickt der Autor das Leben der Einzelnen, ihre Beziehungen zu den Mitlebenden oder der Zeit. Das Werk gehört seinem ganzen Inhalt nach zu den besten geschichtsphilosophischen Schriften.

Weygands (197) Studie hat ebenso wie *Hoches* Arbeiten bleibenden Wert und enthält reichliches, mit größtem Fleiß und vollendeter Sachkunde zusammengetragenes Material. Die Arbeit wird besonders dann herangezogen werden müssen, wenn es sich einmal darum handeln sollte, in der Krankengeschichte des Weltkrieges die Pathologie des Seelenlebens zusammenfassend zu besprechen.

Müller (117): Schriften über das Altern sind wohl in vieler Leute Händen. Der heikle und dabei jeden berührende Gegenstand ist an anderer Stelle aber kaum in so allgemein fesselnder und doch streng wissenschaftlicher Weise besprochen worden. „Verlassen wir das unbefriedigende Gebiet theoretischer Erörterungen und wenden wir uns dem sicheren Boden der Beobachtungen zu, welche die Vorgänge des Alterns nicht erklären, sondern nur beschreiben will" — so schließt *Müller* den erklärenden Teil seines Vortrages ähnlich dem Faustischen: „Ich sehe, daß wir nichts wissen können." Er verfehlt aber auch nicht, auf den Ausblick hinzuweisen, der auch den Alternden befriedigen kann. Das Alter setzt die gewonnenen Erfahrungen zusammen und besitzt das reifere Urteil. Das Band mit der Jugend darf es nie zerschneiden und muß sich hüten, das Verständnis für deren Denkart zu verlieren. Man besteigt einen Berg, um hinunter und um sich zu blicken.

Aschaffenburg (5) entwickelt zunächst in den Kapiteln „Aufgaben und Grenzen der Psychiatrie", „Krankheitsbilder und Krankheitstypen" und „Richtlinien der Einteilung der Psychosen", alle für eine Einteilung der Psychosen maßgebenden Gesichtspunkte und unterscheidet dann endogene, exogene und organische Psychosen. Zu der endogenen Gruppe gehören die psychasthenischen Zustände: Neurasthenie und Hysterie, pathologische Affektreaktionen, psychopathische Zustände nach Schreck, Affekten, Haft und die Unfallneurose, die konstitutionellen psychopathischen Zustände: abnorme Charaktere, Defektmenschen, pathologische Schwindler, sexuelle Perversionen, Pseudoquerulanten, Zwangsdenken und konstitutionelle Verstimmungen, und die konstitutionellen Psyhosen: manisch-depressives Irresein, Paranoia. Die Gruppe der exogenen Psychosen umfaßt die Intoxikations- und Erschöpfungspsychosen, Infektionspsychosen, Psychosen bei Allgemeinerkrankungen, akute nervöse Erschöpfung, Amentia, Kretinismus und Myxödem, Alkoholpsychosen, Morphinismus, Kokainismus und sonstige Vergiftungen. Die dritte große Grup-



pe bilden die organischen Erkrankungen, Paralyse und Hirnlues, Psychosen bei Gehirnerkrankungen, Involutionsdepression, arteriosklerotische und senile Demenz, Dementia praecox, Epilepsie, Idiotie und Imbezillität.

Derselbe Band von *Aschaffenburgs* Handbuch der Psychiatrie enthält eine vorzügliche Monographie über Epilepsie von Professor *Vogt*-Wiesbaden.

Aschaffenburgs (4) geistvolle Darstellung der allgemeinen Symptomatologie der Psychosen eignet sich kaum zu einem kurzen Referat, sie muß gründlich studiert werden; je öfter man sie zur Hand nimmt, um so anregender wirkt sie, nicht zuletzt durch die besondere Art der Darstellung und durch die reiche klinische Erfahrung, die überall hervortritt.

Weyert (196) berichtet in kritischer Form über seine Beobachtungen und Erfahrungen auf der psychiatrischen Abteilung des Garnisonlazaretts Posen an der Hand von zahlreichen Krankengeschichten. Wie immer beim Militär, handelt es sich in erster Linie um Fälle von Psychopathie, Dementia praecox, Schwachsinn und Epilepsie. Die Frage der Dienstbrauchbarkeit wird eingehend besprochen. Das Streben der Militärverwaltung ist ein zweifaches: Verhinderung der Einstellung von psychisch kranken oder defekten jungen Leuten und möglichst frühzeitige Erkennung aller geistig für den Heeresdienst nicht geeigneten Elemente zwecks Ausscheidung.

Placzek (132) gibt eine historische Übersicht über die verschiedenartige Beurteilung des Selbstmordes und behandelt dann eingehend und anregend das Selbstmordproblem und seine praktische Bekämpfung. *Placzek* vertritt den Standpunkt, daß es einen physiologischen, d. h. aus zwingenden Gründen möglichen, Selbstmord gibt, ohne daß der Täter irgendwelche Abweichung zu zeigen braucht.

Flatau (43): Eingehende psychologische Abhandlung über den Begriff der Suggestion unter kritischer Betrachtung bisheriger Bestimmungen. *Flatau* führt den Begriff der Bereitschaftsstellung der Psyche ein. In ihr sieht er die Vorbedingung für die Wirkung der Suggestion. *Grimme.*

Kronthal (96): Eine kleine, in ihrer Beweisführung doch recht knappe Streitschrift wider den „öden Materialismus", der die Seele als Produkt bestimmter Zellen auffaßt. „Die Seele ist ein Geschehen, sitzt weder im Gehirn noch sonst in einem Organ. Die Seele ist die Summe der Reflexe. Deshalb ist Seele, wo Leben ist." Es dürfte zweifelhaft bleiben, ob *Kronthals* Schrift überzeugend wirken wird.

Grimme.

Höber (74) stellte Untersuchungen an über den Einfluß von Narkotikumkonzentrationen auf die Zellpermeabilität. Zu dem Zwecke wurden Rinderblutkörperchen mit isotonischer Rohrzuckerlösung teils ohne, teils mit Zusatz von Narkotikum in verschiedenen Konzentrationen gewaschen und ihre elektrische Leitfähigkeit nach dem Zusatz des Narkotikums gemessen. Es ergab sich, daß kleine Narkotikum-Konzentrationen die Effusion von Elektrolyten aus der Zelle hemmen, große sie steigern. Kleine Narkotikum-Konzentrationen bewirken also das Gegenteil von dem, was große Konzentrationen bewirken. Die Hemmung der Elektrolyse-Effusion und auch ihre Steigerung konnte durch Wegwaschen des Narkotikums rückgängig gemacht werden. Das Wesen der Narkose ist, physiologisch ausgedrückt,

eine Hemmung der die normale Erregung charakterisierenden Permeabilitätssteigerung. Zur Erklärung dafür, durch welchen Prozeß die Narkotika die Permeabilität der Zellen verändern, wird eine besondere Theorie aufgestellt.

Grimme.

Schröder und *Hinsberg* (163) haben die von anderer Seite früher angestellten Untersuchungen über die Wirkung von Chinin- und Salizylsäure auf das Ganglion spirale fortgesetzt. Es war die Annahme einer spezifischen Wirkung dieser Medikamente auf die Zellen des Ganglion spirale in Zweifel gezogen. Die Untersuchungen von *Schröder* und *Hinsberg* konnten eine elektive Wirkung des Chinins und des Natr. salicyl. auf das Ganglion spirale nicht feststellen. Das gleiche gilt für Strychnin, Zyankali, Kokain, Plumbum aceticum. Zum Teil waren die Zellen des Ganglion spirale nicht immer verändert im Gegensatz zu Veränderungen an andern Teilen des Nervensystems; zum Teil waren die Veränderungen überall die gleichen.

Grimme.

Grabley-Woltersdorf (61): Erörterung über den Mineralstoffwechsel und Hinweis auf die Notwendigkeit der Zufuhr von Mineralsalzen bei gewissen nervösen, neurasthenischen und Erschöpfungszuständen. Er selbst verwendet ein Gemisch von Kalk, Phosphor, Eisen und Magnesium-Superoxyd. *Grimm.*

Dees (31): *Dees* sieht in dem Helden des Shakespeareschen Dramas: Timon von Athen einen Fall von manisch-depressivem Irresein. In dem manischen Stadium ist Timon verschwenderisch freigebig mit Geschenken, gibt Gastmähler, strotzt von Lebensfreude. Die Einwände seines treuen Dieners beachtet er nicht. Allmählich tritt eine gewisse Beruhigung ein. Nun melden sich die Gläubiger, die Freunde versagen ihre Hilfe. Timon wird gereizt. Wiederum gibt er ein Gastmahl. Diesmal gießt er seinen Gästen Wasser ins Gesicht, wirft ihnen die Schüsseln nach, flucht und verwünscht sie. Zuletzt flieht er in die Einsamkeit. Damit beginnt die depressive Phase. Timon nährt sich von Wurzeln und Wasser und hüllt sich in Lumpen. Die Bürger, die ihn zurückholen wollen, weist er ab. Zuletzt stirbt er an Gram und Schwermut. Sein ganzes Handeln ist nach *Dees* psychologisch begründet, so daß nur der Kundige merkt, daß es sich um eine Geisteskrankheit handelt. Der Dichter hat offenbar viele Züge dem Leben entnommen und sie in ihrer Gegensätzlichkeit — himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt — in seinem Helden vereint, wie Shakespeare überhaupt, worauf *Laehr* aufmerksam gemacht hat, die Darstellung derartiger Gegensätzlichkeiten liebt. *Ganter.*

Ebstein (36): *Ernst Platner* (1744—1818), Prof. der Medizin in Leipzig und Polyhistor, verfiel im Alter von 73 Jahren in Geisteskrankheit. Ein naher Verwandter von ihm, der Arzt Dr. *Hebenstreit*, war ständig um ihn und schilderte in einem Tagebuch ausführlich die Krankheitserscheinungen. Dieses Tagebuch teilt uns *Ebstein* mit. Es ist nicht nur interessant wegen des Kranken, eines bedeutenden Gelehrten, sondern auch wegen der Art und Weise, wie ein Arzt der damaligen Zeit einem solchen Krankheitsbilde gegenüber sich verhielt und wie er es betrachtete. Den Schluß der Abhandlung bildet eine Epikrise von *Ebstein*, der die Krankheit (Verwirrtheit, Verfolgungs- und Größenideen, Angst, Unruhe) als auf arteriosklerotischer Basis entstanden sich vorstellt. *Ganter.*



Jentsch (85): Claude Lorrain war einer der bedeutendsten Landschaftsmaler des 17. Jahrhunderts. Er stammte aus der Umgebung von Toul. Einmal arbeitete er in der Klosterkirche der Karmeliter in Nancy, als ein Vergolder auf einem Gerüst einen Fehltritt tat und dadurch dem tödlichen Sturze entging, daß er sich noch an einer Latte festhalten konnte. Lorrain befreite ihn aus seiner gefährlichen Lage. Von jetzt ab faßte der Künstler eine unüberwindliche Abneigung davor, fernerhin wieder ein Gerüst zu besteigen. Ver. sucht diese „Schreckneurose" in Zusammenhang zu bringen mit der sonstigen psychischen Labilität des Künstlers. Ob alles das, was Verf. hierüber zu sagen weiß, über das Normalpsychische hinausgeht, mag dahingestellt sein. Manches beruht nur auf Vermutungen oder erscheint gesucht. *Ganter.*

Jentsch (86): Warum Faraday (1792-1867) misogyn gewesen sein soll, ist mir nicht recht klar geworden. *Jentsch* weiß dafür nur ein Gedicht anzuführen, das Faraday gelegentlich einmal (1816) verbrochen hat und in dem er verächtlich von der Liebe spricht. 1821 heiratete er sogar, und auch das scheint mir kein Zeichen von Misogynie zu sein. *Ganter.*

Jentsch (87): Faraday litt von Kindheit an an nervösen Beschwerden, so daß ihn *Jentsch* zu den geborenen Neuropathen rechnet. Etwa in der Mitte des 5. Jahrzehnts machte sich bei ihm eine zunehmende, sein wissenschaftliches Arbeiten beeinträchtigende Gedächtnisschwäche geltend, so daß er später selbst seine eigenen Arbeiten vergaß. Diese Gedächtnisschwäche führt Verf. auf eine verhältnismäßig früh auftretende Arteriosklerose der Hirngefäße zurück. Gegen Ende des Lebens — er starb 75 Jahre alt — trat ein lähmungsartiger Zustand ein. *Ganter.*

Rosanoff (142): Nach den üblichen Statistiken liefert die nach Amerika eingewanderte Bevölkerung einen verhältnismäßig viel größeren Prozentsatz der Anstaltsinsassen als die einheimische Bevölkerung. Verf. macht auf die verschiedenen Fehlerquellen dieser Berechnung aufmerksam. Er bemerkt, daß ähnliche Zahlen bei der Wanderung der einheimischen Bevölkerung erhalten wurden. So sollte die aus dem Staate New York nach Kalifornien eingewanderte Bevölkerung 2,60mal so viel Geisteskranke in den Anstalten stellen als die Bevölkerung Kaliforniens selbst.

Um Fehlerquellen möglichst auszuschließen, empfiehlt Verf. die indirekte Methode der Vergleichung. Da die Geisteskrankheit sich meist vererbt, nimmt Verf. als Vergleichsobjekt die Nachkommen der zugewanderten und der ansässigen Bevölkerung, und da zeigte es sich, daß 1911 die Nachkommen der eingeborenen Bevölkerung 34,6 erste Anstaltsaufnahmen auf 100 000 der allgemeinen Bevölkerung lieferten, die Nachkommen der Eingewanderten 34,9, also fast gar kein Unterschied. Die Einwanderer stellen demnach nicht mehr Geisteskranke als die Eingeborenen. *Ganter.*

II. Ätiologie.

Rosanoff (143): In den Vereinigten Staaten Amerikas kamen im Jahre 1880 86,5 in Anstalten verpflegte Geisteskranke auf 100 000 der Bevölkerung, 1910 stieg die Zahl auf 232,0. Innerhalb der einzelnen Staaten wiederum wechselt diese



Zahl bedeutend. So betrug sie 1910 im Staate Oklahoma 67,0, im Staate Massachusetts aber 413,4. Diese Steigerung und Schwankung hängt nach Verf. nicht etwa von einer Zunahme der Geisteskranken ab, sondern von verschiedenen äußeren Ursachen. Die reicheren Staaten bauen mehr Anstalten als die ärmeren. Die Städte gewähren wieder mehr Gelegenheiten zur Aufnahme der Geisteskranken, als es auf dem Lande der Fall ist. Wo die Aufnahmebedingungen erleichtert werden, steigt auch die Zahl der Aufnahmen. Mit zunehmender Bildung schwindet die hergebrachte Furcht vor der Anstalt, so daß die Angehörigen ihre Kranken leichter der Anstalt übergeben. Alle diese Tatsachen begründet Verf. für jeden Staat mit statistischen Nachweisen. *Ganter.*

Burchhard (25): Recht günstige Erwartungen hegt *Burchhard* namentlich auf Grund persönlicher Erfahrungen von den Kriegstrauungen. Großes soziales Unglück sollen dagegen die außerehelichen Bündnisse erwarten lassen. Auch die Prostitution und die Geschlechtskrankheiten erfordern große Beachtung. Groß ist auch der Einfluß des Krieges auf die seelischen, mit dem Sexualleben in Beziehung stehenden Erkrankungen, während sexuelle Neurosen und Potenzstörungen von dem Kriege günstig beeinflußt zu sein scheinen. Die Frage der Tauglichkeit zum Militär spielt eine große Rolle bei den körperlichen und psychischen geschlechtlichen Abnormitäten. *B.* verneint sie bei dem körperlichen und seelischen Zwittertum. Die Homosexuellen dagegen haben meistens eine den Durchschnitt wohl übersteigende Kriegsbegeisterung gezeigt. Über die sexuelle Kriminellität kann ein abschließendes Urteil natürlich noch nicht gegeben werden. *Ganter.*

Voß (187) behandelt in ausführlicher, eingehender, überaus anregender Weise die endogenen und exogenen Ursachen der Geisteskrankheiten, die Bedeutung erblichen Belastung und der Vererbungsregeln und würdigt dabei auch die sozialen Ursachen, den Einfluß der kulturellen Entwicklung auf die psychische und nervöse Gesundheit. *Freuds* Lehren steht er ablehnend gegenüber.

P. Schroeder-Greifswald (160—161) hat im Gegensatz zu der Auffassung *Bergers* aus Jena die Überzeugung, daß es unmöglich ist, in der Vielgestaltigkeit psychischer Störungen nach einem Trauma eine symptomatologisch und klinisch einheitliche Gruppe ohne weiteres zu erkennen, die sich zeitlich und symptomatologisch aus den Erscheinungen der Hirnerschütterung heraus entwickelt. Er faßt sie auf als ein protrahiertes Durchgangsstadium von der Bewußtlosigkeit zur endgültigen Aufhellung. Hierbei wird auf die Vielgestaltigkeit der einzelnen Formen hingewiesen, bedingt durch die Dauer, die Intensität und durch das besondere Hervortreten bestimmter Symptomgruppen, die im allgemeinen aber immer die gleichen sind und in Benommenheit, Delirien, epileptoiden Erregungen, Verworrenheitszuständen, Amnesie- und Affektstörungen bestehen. In den länger dauernden Fällen lassen sich mehrere Krankheitsabschnitte unterscheiden: die abklingende Bewußtlosigkeit mit der Erschwerung der Auffassung und der Verlangsamung der psychischen Tätigkeit; ein sogenanntes Übergangsstadium, gekennzeichnet durch akute Symptome, Erregungen, delirante [illegible]en oder Hemmung und Stupor und drittens ein *Korsakow*scher Zust[illegible]ders lange hinziehen kann. Als besonders charakteristisch wird [illegible] Kranken angesehen: Ver-



drossenheit, Unlust, Verärgertheit, grobe Gereiztheit, Mißtrauen, Boshaftigkeit. Die Prognose ist bei Fällen ohne Komplikationen im allgemeinen günstig, wird anderseits aber in allen schweren Fällen durch die Ausbildung einer gewissen geistigen Schwäche getrübt, die als unmittelbare Folge der durch das Trauma gesetzten Gehirnschädigung anzusehen ist und in Vergeßlichkeit Ermüdbarkeit, Explosivität, Reizbarkeit, Insuffizienzgefühl, Neigung zu hypochondrischen Klagen, Intoleranz gegen Alkohol und Rauchen, neben gelegentlich deutlichen Herderscheinungen besteht. *Grimme.*

III. Pathologie.

Gaupp (57) beschäftigt sich in seinem Referat zunächst mit den allgemeinen Grundsätzen, nach denen die Einteilung der Psychosen erfolgen kann. Es sind dies die anatomische Forschung, die Lehre von den Ursachen der geistigen Erkrankungen und die Versuche *Kräpelins*, unter Berücksichtigung der Ursachen von psychischen und somatischen Symptomen, Verlauf und Ausgang zu einer Abgrenzung von Krankheitseinheiten zu kommen. Bei der Besprechung der Ursachenlehre wird der ablehnende Standpunkt *Ziehens* einer Kritik unterzogen. Die Erörterung über die Lehre *Kräpelins* bringt einen Überblick über die gesamten, durch sie entstandenen Anschauungen, die *Kräpelins* Lehre aufteilen und weiterbauen, zeigt, wohin die Anschauungen neigen und auf welchem Wege man weiterbauen kann. In dem mehr speziellen Teil des Referats wird zunächst auf die Bestrebungen hingewiesen, die exogenen von den endogenen Psychosen immer mehr zu trennen und das Gebiet der syphilitischen Erkrankungen, anderer progressiver Verblödungszustände und der zerebralen Arteriosklerosen besonders besprochen. Bei den klimakterischen und präsenilen psychischen Erkrankungen ohne Arteriosklerose wird die Stellung der *Kräpelin*schen Paraphrenien und der echt Paranoia erwähnt. Bei den zahlreichen infektiösen und toxischen Psychosen muß die Zukunft lehren, ob die Verwandtschaft dieser symptomatischen Psychosen eine tatsächliche Identität darstellt.

Bei den Alkoholpsychosen müssen endogene Faktoren und ätiologische Zwischenglieder körperlicher Art beachtet werden. Weiterhin wird auf die Erkrankungen hingewiesen, bei denen Vorgänge der inneren Sekretion als Grundlage angenommen werden. Ein großer Raum nimmt die Stellung und Genese der Epilepsie mit ihren verwandtschaftlichen Erscheinungen ein. Noch ausführlicher ist, dem gewaltigen Gebiete entsprechend, die Erörterung über die funktionellen Psychosen. bei der die modernen psychologischen Anschauungen, die Lehre von *Freud* und *Breuer* und die Lehre von der Entartung besprochen werden.

Jolly (88) stellt auf Grund der Literatur und seiner eigenen Erfahrung fest, daß es eine eigene Menstruationspsychose nicht gibt; es gibt aber Fälle, die eigenartige Beziehungen zur Menstruation darbieten, indem sie in ursächlichem Zusammenhang mit der Menstruation, und zwar meist prämenstruell, auftreten; in ihren Formen unterscheiden sie sich nicht wesentlich von den sonst in der Pubertätszeit vorkommenden Geistesstörungen. Amenorrhöe fand sich häufig bei Paralyse und besonders bei Taboparalyse, auch bei Amentia, in der Hälfte der Fälle bei De-



mentia praecox, Melancholie; bei Manie in etwa $^1/_3$ der Fälle. Das Symptom der Amenorrhöe wird auf Veränderungen des inneren Chemismus zurückgeführt. In prognostischer Beziehung wird die alte Erfahrung bestätigt, daß im allgemeinen Wiedereintritt der Menses mit gleichzeitiger psychischer Besserung günstig ist, dagegen ohne Besserung einen ungünstigen Ausgang befürchten läßt.

Donath (34) berichtet über seine Erfahrungen auf dem wichtigen Gebiete der Kriegsverletzungen und -erkrankungen des Nervensystems und teilt Fälle von Psychoneurosen, Schädel- und Hirnverletzungen, Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks und Verletzungen der peripheren Nerven mit. Auch *Donath* hat Neurosen rein traumatischen Ursprungs bei bisher gesunden, kräftigen, neuro- oder psychopathisch nicht belasteten Individuen gesehen.

Jacoby-Tübingen (79). In sehr anschaulicher Form gibt *Jacoby* einen Überblick über die chemischen Vorgänge im Körper, die der Ermüdung zugrunde liegen. Man muß unter Erschöpfung und Ermüdung unterscheiden. Erschöpfung ist die auf weitgehenden Verbrauch des Körperbestandes an oxydablem Material und an Muskelsubstanz beruhende Leistungsunfähigkeit; sie kann nur unter ganz außergewöhnlichen Bedingungen, und zwar nur bei gleichzeitiger hochgradiger Unterernährung des Organismus, in Frage kommen. Bei hochgradiger Ermüdung handelt es sich dagegen nur um eine Hemmung der Kraftentwicklung, die zwar auch zu völliger Leistungsunfähigkeit führen kann, aber darauf beruht, daß sich mit der starken, anhaltenden Energieentwicklung im Muskel eine Veränderung in den ihn versorgenden Gefäßen und damit im Blutstrom des Muskels einstellt, durch den die Stoffwechselvorgänge des Muskels und auch entfernterer Organe und selbst der nervösen Apparate derartig beeinflußt werden, daß es dem Organismus in immer steigendem Maße erschwert wird, das vorhandene energieliefernde Material auszunutzen, wobei aber sowohl das Muskelprotoplasma als solches wie auch das oxydable Material, welche dem Körper noch zur Verfügung stehen, sehr umfangreich, ja sogar nahezu in normaler Menges vorhanden sein kann." Da die Veränderung in den Gefäßen in einer Erweiterung de Gefäßsystems und damit in einer Herabsetzung des Blutdruckes besteht, können Mittel, die den Blutdruck steigern, wie Kaffee, Tee, Kakao und Schokolade, vielleicht auch Suprarenin und Hypyophsin regulierend auf den Ermüdungszustand einwirken. *Grimme.*

Pighini (131): Das Buch *Pighinis* ist aus Vorlesungen hervorgegangen, die Verf. an der Klinik in Mailand gehalten hat. Es gibt eine gute Zusammenstellung unserer Kenntnisse über die Biochemie des Gehirns. In 5 Kapiteln werden abgehandelt: die physikalisch-chemische Beschaffenheit der Nervenelemente, die chemischen Bestandteile des normalen Gehirns, die des pathologisch veränderten Gehirns, die Nervenenergie und die physikalische Chemie des Protoplasmas, der Gasaustausch des Zentralnervensystems, nebst Narkose und Schlaf. — Wie *Ciamician* in seiner Vorrede betont, wird das Werkchen nicht nur Ärzten und Biologen, sondern auch Chemikern als nützliches Orientierungsmittel dienen. *Ganter.*

Parhon et *Savini* (125): Die Entscheidung, ob die Drüsen mit innerer Sekretion nur durch die Nerven oder auch unmittelbar auf die Gewebe wirken, ist deshalb schwierig, weil sich der Nerveneinfluß nicht ausschalten läßt. Die Verf. schlugen



darum einen andern Weg ein. Sie untersuchten, welche Veränderungen die Bakterien erleiden, wenn sie auf dem üblichen Nährboden, auf dem aus Drüsen hergestellten oder mit dem Drüsenauszug versetzten Nährboden kultiviert werden. Ein positives Ergebnis würde beweisen, daß die Drüsen unmittelbar, ohne Vermittlung des Nervensystems, gewisse Gewebe beeinflussen.

Zunächst fanden die Verf., daß das Schilddrüsengewebe auf die Entwicklung der Milzbrand- und Tuberkelbazillen hemmend wirkt, mithin bei den Immunisierungsvorgängen eine wichtige Rolle spielen muß. Was die Nebenniere betrifft, so ist diese ebenfalls kein günstiger Nährboden für den Tuberkelbazillus. Milzbrandbazillen gedeihen gut auf Hoden-, Eierstock- und Corpus luteum-Gewebe, schlecht auf Leber- und Speicheldrüsengewebe. Der Tuberkelbazillus gedeiht gut auf diesen Geweben, mit Ausnahme des Speicheldrüsengewebes. *Ganter.*

Ross and *Singer* (145): Die Untersuchungen der Verf. über die Auflösung der Gewebe durch die verschiedenen pathologischen Seris zeigen, daß man aus dem Befund keine Schlüsse auf den Sitz des Leidens ziehen kann. Hinsichtlich der Fermentwirkung auf Gehirngewebe besteht zwischen dem Serum von Paralytikern und dem normaler Individuen ein mehr quantitativer als qualitativer Unterschied. *Ganter.*

Mayer (108) hat nach der Forderung, daß dem Untersucher die klinische Diagnose nicht bekannt gewesen sein soll, 25 Fälle psychischer Erkrankungen nach der *Abderhalden*schen Reaktion untersucht. Wiedergabe der Ergebnisse, unter absichtlicher Vermeidung einer Kritik und ohne Eingehen auf frühere Veröffentlichungen. Die Ergebnisse stimmen mit den Ergebnissen anderer Untersucher ziemlich überein. *Grimme.*

Kafka (89) betont in seiner Abhandlung die Notwendigkeit der Untersuchung geistig und körperlich normaler Personen auf Abwehrfermente. In den von ihm aufgeführten 33 Fällen fehlten Abwehrfermente gegen alle Organe. An der Hand von 10 Fällen aus dem Gebiete des manischen Irreseins, der Dementia praecox, der Epilepsie und der Paralyse wird hingewiesen, wie nötig eine ausführliche klinische Darstellung ist und wie selbst bei ziemlich klaren Fällen die Deutung eine verschiedene sein kann. Ferner geht *Kafka* ein auf die Frage des stationären serologischen Befundes der Geschlechtsspezifität, die wieder von ihm als feststehend bezeichnet wird, und der Natur der Abwehrfermente. *Grimme.*

Schröder (162) unterzieht auf Grund klinischer Beobachtungen, die zum Teil in recht anschaulichen Nachschriften wiedergegeben sind, die bisher fast allgemein gültige Bestimmung einer Halluzination, als eines den normalen Wahrnehmungen in jeder Beziehung gleichen Phänomens, einer Kritik. Diese sogenannten „echten" Halluzinationen sind sehr seltene Erscheinungen, während das alltäglich an den Kranken zu Beobachtende gerade das Unbestimmte, Unerklärliche, Ungewöhnliche, Fremdartige an den Sinnestäuschungen zum Ausdruck bringt, für das die Kranken eine passende Bezeichnung nicht zu finden wissen. Die auffälligen, absonderlichen Bezeichnungen sind keineswegs immer ein Zeichen für Abänderung der Sprachweise, sondern tatsächlich ein Ausdruck für das Fremdartige in der Sinnesempfindung. In sehr viel Fällen kann nicht einmal angegeben werden, aus welchem Sinnesgebiete die krankhafte Empfindung stammt. Bei den Angaben der

Kranken spielen ferner Erinnerungstäuschungen enie große Rolle. Auch die mangelhafte Beobachtungsfähigkeit, die Schwierigkeit zwischen Wahrnehmung und hinzugedachter Erklärung zu unterscheiden, ist zu berücksichtigen. Das Halluzinieren ist kein einheitlicher, stets gleich zu bewertender Vorgang. Es wird deshalb auch nicht eine Theorie für alle Halluzinationen passen. Die Ausscheidung sogenannter „echter" Halluzinationen ist künstlich und praktisch nicht durchführbar.

Grimme.

Sokolow (153) hat seine Untersuchungen über die experimentelle Auslösung der Gehörshalluzinationen durch periphere Reize fortgesetzt und hat die Ergebnisse der letzten Untersuchung, die im vorjährigen Literaturbericht erwähnt wurden, wieder bestätigt gefunden. Als neuer Befund (154) kommt diesmal hinzu, daß die ausgelösten Halluzinationen durch die Suggestion beeinflußbar sind, so daß der Inhalt der Suggestionen eine innige Beziehung zu der ausgelösten Gehörstäuschung hat.

Grimme.

Repond-Zürich (136) bringt Belege dafür, daß die in deliriösen Zuständen empfundenen Sinnestäuschungen von seiten des Hautgefühls vielfach auf organisch bedingte Parästhesien zurückzuführen sind. Diese Parästhesien nehmen bei toxischen Delirien so die Aufmerksamkeit in Anspruch, daß die Patienten sich ganz mit ihnen beschäftigen und ein wahnhafter Ausbau dieser Empfindungen nicht veranlaßt wird. *Grimme.*

Redlich (133) berichtet ausführlich über einen Fall von reiner Narkolepsie. Bei einem 19jährigen, durch die Trunksucht seines Vaters belasteten Manne treten seit einigen Monaten mehrere Male am Tage reine Schlafanfälle auf, die sich mit leichten Kopfschmerzen einleiten und 5—10 Minuten oder mehrere Stunden dauern Der Kranke macht auch in den Zwischenzeiten immer einen etwas schläfrigen Eindruck. Beim Lachen hatte er das Gefühl der Schwäche in den Beinen und knickte zusammen. Zeichen der Epilepsie oder Hysterie fehlten. Die Behandlung hatte keinen Erfolg. Über das Wesen dieser reinen Fälle kann *Redlich* nichts aussagen.

Grimme.

A. Pick (127) bespricht die Erscheinung, daß Amputierte gelegentlich den amputierten Körperteil noch lange nach der Amputation in verschiedenartigster Form fühlen, und bringt hiermit die bei psychopathischen Persönlichkeiten, bei Nervösen und bei Geisteskranken auftretenden mannigfachen Störungen des Körperbewußtseins in Zusammenhang. *Grimme.*

Pick (128) hat bei einem an Angstzuständen erkrankten Manne bei der Prüfung seines motorischen Verhaltens während der Ausführung von aufgetragenen Handlungen einerseits Hemmungserscheinungen und anderseits eine Neigung beobachtet, durch Sinneseindrücke sich sofort zu den entsprechenden, ihm geläufigen Handlungen, wie Waschen, Abtrocknen, Anzünden von Kerzen, verleiten zu lassen. Eine Bewußtseinstrübung lag nicht vor. Beide Erscheinungen werden zurückgeführt auf Störungen in dem Widerspiel zwischen den Impulsen und Hemmungen, die das geordnete Verhalten des Menschen zur Umwelt regeln. Die Hemmung ist nur eine scheinbare. „Die Grundlage ist das Ausbleiben oder die Unwirksamkeit jener Anreize, die normalerweise zu einem geordneten Wechsel von Reaktionen führen, sei



derselbe durch Reize aus der Umwelt oder durch Denkvorgänge bedingt.“ Umgekehrt kann ein Sinneseindruck der Hemmung ein Ende machen, indem er sofort die entsprechenden Handlungen veranlaßt. *Grimme.*

E. Meyer-Königsberg (110) schließt sich den Ausführungen *Raecke*s über die hysterischen und katatonischen Situationspsychosen an. Der Nachweis eines stark affektbetonten Erlebnisses kann nicht zur Unterscheidung einer psychogenen Reaktion der Psychopathen von ähnlichen Bildern der Dementia praecox dienen. Die Differentialdiagnose muß sich vielmehr aus dem klinischen Bilde selbst ergeben. *Grimme.*

Marburg (104) berichtet über 3 Fälle von oberflächlichen Schußverletzungen des Gehirns an der linken Seite im Bereiche des Scheitelbeins. Es bestanden jedesmal eine sensorische Sprachstörung, eine Parese der rechten oberen Extremität und eine sensible Störung an der Radialseite der rechten Hand, die alle Qualitäten und das stereognostische Empfindungsvermögen betraf. Von diesen Erscheinungen blieb nach den Operationen die Störung der Sensibilität bestehen. In einem andern Falle fand sich bei einer Verletzung am rechten Scheitelbein eine linksseitige Hemiparese mit Hemianästhesie und Astereognose im Daumen, Zeige- und Mittelfinger. *Marburg* bezieht diesen Ausfall auf eine Schädigung der hinteren Zentralwindung und des Gyrus supramarginalis, wo er ein Zentrum für kombinierte Empfindungsqualitäten annimmt, dessen Ausfall besonders linksseitig zu einer Tastlähmung des Daumens, Zeige- und Mittelfingers führen soll. *Grimme.*

Tischbein (181) berichtet über einen in der Kieler Klinik beobachteten Fall von Imbezillität mit einer ausgeprägten Ohrmißbildung und einer Gaumenspalte, erläutert, inwieweit die kongenitale Ohrabnormität im Sinne der Degeneration zur bestehenden Imbezillität in Beziehung zu setzen ist und zeigt, daß der Fall ein hervorragendes Beispiel erblicher Entartung mit ausgeprägten Degenerationszeichen darstellt. Die Mißbildung des Ohres bestand in einer Entwicklungsstörung; an Stelle der linken Ohrmuschel fand sich nur ein kleiner Hautwulst angedeutet, der äußere Gehörgang fehlte vollständig.

Wolff (200) versucht, zu dem vieldeutigen Charakterbild Hamlets eine neue Erklärung zu geben. Hamlet ist von jeher ein Sonderling gewesen, ein Welt- und Menschenverächter, der sich seine eigene Welt zurechtgelegt hat. Jetzt, da er die ihm äußerst unangenehme Aufgabe hat, den Mord seines Vaters zu rächen, zu der er sich bald hingetrieben, bald abgestoßen fühlt, flüchtet er erst recht in die Welt des Scheines, er spielt Theater, wird Poseur. Bei dieser Betrachtungsweise läßt sich nach Verf. die Handlungsweise Hamlets psychologisch erklären. — Den größten Teil des Werkes nimmt die vom Verf. veranstaltete Neuübersetzung ein, die nach des Verf.s Worten den Hamlet in wirklich deutscher Sprache wiedergeben soll. *Ganter.*

8. Anstaltswesen und Statistik.

Ref.: O. Snell-Lüneburg.

I. Allgemeines.

1. *Berg, M.* (Neudeck), Bemerkungen zur Entwicklung unseres weiblichen Krankenpflegewesens. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung Bd. 12, Nr. 16 u. 17. (S. 144*.)
2. *Berg, M.* (Neudeck), Lebens- und Arbeitsverhältnisse der deutschen Krankenschwestern. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung Jahrg. 12, Nr. 18, 19 u. 20. (S. 145*.)
3. *Bresler, Johs.* (Lüben), Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild. Bd. II, Abt. 1. Halle a. S. C. Marhold. 80 S. (S. 141*.)
4. *Briggs, L. Vernon and Stearns, A. Warren* (Boston, Mass.), Recent extension of out-patient work in Massachusetts State Hospitals of the insane and feeble-minded. American journ. of insanity. Vol. 72, no. 1, p. 35. (S. 143*.)
5. *Campbell, C. M.* (Baltimore Md.), The rôle of the psychiatric dispensary: a review of the first years work of the dispensary of the Phipps Psychiatric Clinic. American journ. of insanity Vol. 71, no. 3, p. 439.
6. *Curwen, John* (Harrisburg, Pa.), The propositions of the Association of Superintendents of American Hospitals for the Insane. Alienist and neurolog. Vol. 36, no. 1, p. 45.
7. *Dees, O.* (Gabersee), Bekämpfung infektiöser Krankheiten in Anstalten. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 28, H. 1, S. 65. (S. 145*.)
8. *van Deventer, J.*, Regulierung der Beaufsichtigung der Geisteskranken außerhalb der Irren- und Idiotenanstalten. Psych. en neurolog. Bl. Vol. 19, p. 250.
9. *Fischer, Max* (Wiesloch), Die Erwerbsfürsorge für Kriegsinvalide an unseren Heil- u. Pflegeanstalten. Psych.-neurol. Wochenschr. Nr. 51/52, S. 420.
10. *Haberkant, Joh.* (Hördt. Els.), Das Bewahrungshaus in Hördt (Elsaß). Psych.-neurolog. Wochenschr. Nr. 11/12, S. 59. (S. 143*.)



11. *Jones, Edith Kathleen*, On books and reading. Outlines of a course of lectures for nurses in hospitals. American. Journ. of insanity. Vol. 72, no. 2, p. 297.
12. *May, James V.* (Albany, N. Y.), Some of the more problems connected with the State Care of the insane. American Journ. of insanity. Vol. 72, no. 2, p. 315.
13. *Melchior, F. A.*, Ist Familienpflege Geisteskranker in den Niederlanden möglich und erwünscht? Psych. en neurolog. Bladen Vol. 19, p. 426.
14. *Moeli, C.* (Berlin), Die Fürsorge für Geisteskranke und geistig Abnorme nach den gesetzlichen Vorschriften, Ministerial-Erlassen, behördlichen Verordnungen und der Rechtsprechung. Ein Handbuch für Ärzte und Verwaltungsbeamte. Halle. C. Marhold. 212 S. 7,50 M. (S. 141*.)
15. *Morgenthaler, W.*, Bernisches Irrenwesen von den Anfängen bis zur Eröffnung des Tollhauses 1749. Bern. G. Grunau. 147 S. 3,20 Fr. (S. 141*.)
16. *Römer Hans* (Illenau), Zur Reform der deutschen Irrenstatistik. Arch. f. soziale Hygiene. Bd. 14, S. 308.
17. *Schauen* (Schwetz), Die Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Schwetz a. W. Sonderabdruck aus „Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild". Verlag: C. Marhold, Halle a. S. Bd. 2, Abt. 1. (S. 142*.)
18. *Schlöß, H.*, Leitfaden zum Unterricht für das Pflegepersonal an öffentlichen Irrenanstalten. 5. Aufl. Wien u. Leipzig. Fr. Deuticke. 118 S. 1,50 M.
19. *Schmidt, P.* (Gießen), Hygienische Winke für Seuchenabteilungen. D. med. Wochenschr. Nr. 11, S. 305. (S. 145*.)
20. *Schmidt, P.* (Gießen), Über die Verhütung und Bekämplung von Kriegsseuchen. Kurze Darstellung auf Grund von Vorträgen nebst einem Seuchenmerkblatt. Leipzig. Joh. A. Barth. 16 S. 25 Pf.
21. *Schnitzer, Herbert* (Stettin), Über Einrichtungen für schwer erziehbare Fürsorgezöglinge. Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. des jugendl. Schwachsinns. Bd. 8, S. 5. (S. 144*.)
22. *Schultz, J. H.* (Jena), Über die Maßregeln gegen Bazillenträger in den Anstalten für Geisteskranke. (Kritische Übersicht.)



Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öffentl. Sanitätsw. Bd. 49, H. 2, S. 311.

23. *Stepp, Theodor* (Klingenmünster), Über die Typhusträger in der Pfälzischen Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster. Wiener Klin. Rundschau Nr. 21—26.

24. *Weygandt, W.* (Hamburg), Die Entwicklung der Irrenanstalt Friedrichsberg-Hamburg. Ansprache, gehalten vor Ärzten und Beamten der Anstalt am Tage des 50jährigen Bestehens (17. November 1914). Mitteilungen a. d. Hamburgischen Staatskrankenanstalten. Bd. 15, H. 8, S. 133. (S. 142*.)

25. *Weygandt, W.* (Hamburg), Zum 50 jährigen Bestehen der Irrenanstalt Friedrichsberg. Psych.-neurolog. Wochenschr. Nr. 43/44, S. 375 (30. Januar 1915). (S. 142*.)

Moeli (14) bringt eine Zusammenstellung und Besprechung der gesetzlichen Vorschriften, Ministerial-Erlasse, behördlichen Verordnungen und der Rechtsprechung in bezug auf die Fürsorge für Geisteskranke und geistig Abnorme, insbesondere in Preußen. Das sehr übersichtlich angeordnete Handbuch ist für Ärzte und Verwaltungsbeamte bestimmt.

Im Berichtsjahre ist vom II. Band die erste Abteilung des *Bresler*schen (3) Werkes erschienen. Behandelt sind die Anstalten in Colditz, Haar, Hildesheim, Neuruppin, Neustadt (Westpr.), Schwetz, Sorau und Weilmünster. Die Abhandlungen sind verfaßt von den Direktoren bzw. Oberärzten der Anstalten. Über das Institut in Nocera inferiore schreibt Prof. Bianchini. Das Werk ist auch in dieser Abteilung reich mit Abbildungen ausgestattet, es schließt sich dem Vorhergehenden durchaus würdig an.

Morgenthaler (15) berichtet über das bernische Irrenwesen von den Anfängen bis zur Eröffnung des Tollhauses 1749. Während über die spätere Geschichte des Irrenwesens in Bern bereits Arbeiten vorliegen, waren die früheren Perioden noch nicht bearbeitet. Gerade aus diesen früheren Zeiten fand sich im bernischen Staatsarchive reiches, sowohl historisch wie kulturgeschichtlich und psychologisch interessantes Material vor. Die ersten dunkelen Spuren einer Behandlung von Geisteskranken sind vielleicht in den prähistorischen trepanierten Schädeln zu suchen, die sich im bernischen historischen Museum finden. Ein solcher bei Münsingen gefundener Schädel aus der Latèneperiode, der deutlich die Knochennarbe am Rande der Trepanationsöffnung zeigt, ist abgebildet. Aus historischer Zeit finden sich die frühesten Nachrichten über Geisteskranke in der Stratlinger Chronik, einer Sammlung von Sagen und Legenden aus der Mitte des 15. Jahrhunderts. *Morgenthaler* teilt dann fortlaufend alles mit, was über Geisteskranke, Hysterische, Besessene an Nachrichten erhalten ist. Im 14. Jahrhundert beschränkte man sich auch in Bern gewöhnlich darauf, Geisteskranke, die lästig waren, auszuweisen oder durch Verwahrung im Gefängnis unschädlich zu machen. Daneben wurden zuweilen Privatleute mit der Versorgung unruhiger oder gefährlicher Geistes-



kranken betraut. Im 16. Jahrhundert wurden die Geisteskranken in die damals zahlreich vorhandenen Spitäler eingewiesen. Die Verwahrung geschah allerdings entweder durch Einsperren in dem „Taubhäuschen" oder durch Anketten. Im Jahre 1730 wurde beschlossen, im neuen großen Spital ein Tollhaus für 14 Geisteskranke zu bauen. Am 1. Januar 1749 wurde der neue Bau bezogen. Er bestand aus 12 sehr festen aber geräumigen, heizbaren, mit Aborten versehenen Zellen und zwei großen Höfen, bildete also für die damalige Zeit ein auffallend gutes Unterkommen für Geisteskranke.

Weygandt (24) veröffentlicht die Ansprache, die er am 17. November 1914 vor Ärzten und Beamten der Irrenanstalt Friedrichsberg am Tage ihres 50jährigen Bestehens gehalten hat, und teilt außerdem in der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift (25) die Geschichte der Anstalt noch ausführlicher mit. Schon im Jahre 1818, bei Gründung des Hamburger Krankenhauses St. Georg, wurde der Plan erörtert, eine besondere Anstalt für die Geisteskranken zu errichten, die damals im Pesthofe untergebracht waren, während sie bis zum 16. Jahrhundert in der Doorhen-Kiste, einem Turm beim Katharinenfriedhofe, und dann in einem Befestigungsturm bei dem Heiligen Geist-Spital eingesperrt waren. Nachdem viele Pläne gemacht und verworfen waren, wurde *Ludwig Meyer* 1858 Arzt der Irrenabteilung in St. Georg und 1860 wurde eine Kommission von sieben Mitgliedern für den Bau einer Anstalt eingesetzt. Es wurde beschlossen, eine Anstalt mit 200 Betten für heilbare und besserungsfähige Kranke und ein Pensionat mit 40 Betten einzurichten. Am 5. Dezember 1861 wurde der Grundstein feierlich gelegt, und am 20. Oktober 1864 konnte die Anstalt dem Krankenhauskollegium übergeben werden. Von den Kranken, die am 17. November 1864 als die ersten in die Anstalt einzogen, lebt nach 50 Jahren noch ein Selbstzahler, der an Dementia praecox leidet und nunmehr 70 Jahre alt ist. *Ludwig Meyer* konnte mit Stolz in dem ersten Jahresberichte sagen: „Unsere Irrenanstalt war die erste deutsche Anstalt, in deren Ausrüstung die Zwangsmittel keinen Platz erhalten haben." Schon 1866 wurde *Ludwig Meyer* als Professor der Psychiatrie nach Göttingen berufen. Sein Nachfolger wurde *Wilhelm Reye.* Mehr als vier Jahrzehnte leitete er die Anstalt, die sich entsprechend der Bevölkerungszunahme Hamburgs vergrößerte. Die Gründung von Langenhorn, zunächst für der landwirtschaftlichen Arbeit fähige Irre, brachte 1888 nur geringe Entlastung. 1911 wurde der Umbau von Friedrichsberg beschlossen, nachdem die Krankenzahl auf 1500 gestiegen war. Inzwischen hatte 1908 *Weygandt* die Leitung der Anstalt übernommen. Bei der Neueinrichtung der Anstalt wurde die Pflicht wissenschaftlicher Forschung betont. Friedrichsberg wird dementsprechend mit Laboratorien ausgestattet, die denen der größten Universitätskliniken nichts nachgeben. Mit der Kriegszeit ergaben sich neue Aufgaben. Ein Pavillon ist für psychisch gestörte Soldaten eingerichtet, und außerdem wurde eine Menge Verwundeter in Friedrichsberg untergebracht, dessen neue Pavillons nicht würdiger eingeweiht werden können.

Die Schwetzer Anstalt (17) liegt im Garten eines früheren Klosters, war ursprünglich Landkrankenhaus für körperlich Sieche aus der Provinz. 1867 wurde die Anstalt, die einen Besitz von 7½ ha hatte, der sich im Laufe von 40 Jahren

nur um 4½ ha vermehrte, mit Geisteskranken, zunächst 300, belegt. In den letzten Jahren ist das Anstaltsgebiet mit seiner umfangreichen landwirtschaftlichen Eigenwirtschaft auf 100 ha angewachsen. Zahlreiche neue Gebäude sind errichtet, so daß z. Z. etwa 900 Kranke Unterkunft und Pflege finden; bis 60 davon sollen in Familienpflege gegeben werden. Bettbehandlung wird, bei möglichst geringer Verwendung von Medikamenten, im weitesten Maße angewandt, ebenso Arbeitstherapie. Für Kranke der Provinz sind zu zahlen in I. Klasse 1500 M., II. Klasse 1000 M., III. Klasse 500 M. Für Auswärtige erhöhen sich die Sätze.

Vernon Briggs und *Stearns* (4) berichten über umfangreiche Wohlfahrtsmaßnahmen für Geisteskranke und Minderwertige im Staate Massachusetts. Es ist vom State Board for Insanity dieses Staates eine Richtlinie aufgestellt worden, nach der nicht nur die poliklinische Untersuchung von Krankheitsverdächtigen erfolgen soll, um Kranke rechtzeitig Anstalten zuzuführen, sondern es soll auch jegliche Fürsorge auf diejenigen ausgedehnt werden, die in der bürgerlichen Gesellschaft verbleiben können oder in diese zurückkehren. Beaufsichtigung Debiler, Beratung Angehöriger sollen intensiv gepflegt, daneben soziale Probleme wie Geisteshygiene, Alkohol- und Syphilisprophylaxe, eugenische Reformen ihrer Vollendung entgegengebracht werden. Träger der Institutionen sind der Hauptsache nach die Staatsanstalten für Geisteskranke. Diese eröffnen oder erweitern ihre Polikliniken, errichten an entfernteren Orten Stationen unter psychiatrisch ausgebildeten Ärzten. Geeignete Persönlichkeiten, Verwaltungs-, Gemeinde- und Schulbehörden, Wohltätigkeitsvereine sind die Organe zur Beantragung von Untersuchungen, Beobachtungen und Behandlung. Schon nach ganz kurzer Zeit war die Organisation in Betrieb. Das Ergebnis der poliklinischen Untersuchungen entsprach nach dreimonatlicher Inangriffnahme und auf das Jahr berechnet schon 72 % der jährlichen Zulassungen zur Anstaltsaufnahme. Die Personenzahl der in Familienpflege Aufgenommenen betrug bis 1. April 1915 = 243. Anfänge, die der bedeutenden Aufgabe eine segensreiche Zukunft versprechen.

Von dem Bewahrungshause in Hördt (Els.) und über die Bedeutung der Bewahrhäuser gibt *Haberkant* (10) eine bemerkenswerte Abhandlung in engerem Rahmen. Verf. geht von der heute herrschenden Anschauung aus, daß für jede Anstalt im allgemeinen eine gesicherte Abteilung genügt, aber vorhanden sein muß, da der an sich freien Behandlung gewisse Grenzen gezogen sind. Die Bewahrungshäuser können einen größeren Wirkungsradius haben, um so mehr, wenn man sich *Aschaffenburgs* Anschauungen anschließt, daß erst auf 50 000 Einwohner ein gefährlicher Kranker kommt; und so wird erst für jede Provinz bzw. jedes Land, je nach Größe, mit einem oder wenigen Bewahrhäusern, und zwar bei einer Belegungsziffer von 50—60 Krankenplätzen für das Haus, gerechnet werden müssen. Im Elsaß ist nach diesem Gesichtspunkt verfahren. Das Haus in Hördt ist 1912 errichtet und sowohl in bezug auf Anlage und äußere Form, als auch auf innere Gliederung dürfte die Bauaufgabe glücklich gelöst sein. Hervorzuheben ist die Abschrägung der Ecken in den Krankenräumen (nach Muster von Neustadt i. Holstein) und die praktische Anlage der Türen und Fenster, die ein eigenmächtiges Öffnen nach Möglichkeit verhindert, wie die Sicherheitsvorkehrungen überhaupt



vorzüglich zu sein scheinen. Besonders geeignet dürften die auf *Haberkants* Anregung von der Firma Maquet in Heidelberg gelieferten Bettstellen sein, bei denen jede gefahrbringende Benutzung von Teilen ausgeschlossen ist. Betrieb und Wartungsdienst (1 Wärter auf 3 Kranke) sind den Anforderungen angepaßt, Alarm- und Kontrollvorkehrungen reichlich vorhanden; für Beschäftigung der Kranken, für Anregung und Erholung ist auf das beste vorgesorgt. Nicht nur kriminelle, sondern auch unbescholtene Gefährliche werden in Hördt aufgenommen. Verpflegungssätze 3 M. pro Kr. Baukosten 176 000 M. Innere Einrichtung 4000 M.

Herbert Schnitzer (21) behandelt erschöpfend das Thema der Schwererziehbaren mit krankhafter Beschaffenheit. Seine Forderungen werden in Fachkreisen durchaus Beifall finden. Er faßt sie kurz dahin zusammen, daß er sagt: Sonderanstalten für Schwererziehbare mit krankhafter Beschaffenheit sind notwendig, und zwar nur solche für Schulentlassene. Bei der Anlage und inneren Organisation müssen auch psychiatrische Grundsätze beachtet werden. Ebenso soll der Psychiater teilhaben an der Leitung. Auch für Schwererziehbare ist der Wiedereintritt in die volle Freiheit anzustreben, und zwar letzten Endes auf dem Wege der Familienerziehung. Die Sonderanstalt darf den Charakter einer Krankenanstalt, trotz disziplinärer erzieherischer Grundsätze, nicht verlieren. Für den besonderen Zweck geeignetes Erziehungspersonal muß vorhanden sein bzw. herangebildet werden. Auf die äußere Sicherstellung solcher Kräfte ist ohne Ansehung der Kosten Bedacht zu nehmen.

Nach *Berg* (1) bedarf das weibliche Krankenpflegewesen, das in der Zeit des Krieges seine Unentbehrlichkeit bewiesen hat, einer gründlichen Reorganisierung. Dazu gibt *B.* bemerkenswerte Anregungen und appelliert an die Ärzteschaft, die am ehesten dazu berufen sei, sich der brennenden Schwesternfrage anzunehmen und an der richtigen Stelle auf die vorhandenen Mängel in ihrem eigenen Interesse hinzuweisen. Dafür stellt er folgende Forderungen in den Vordergrund: Einstellung nur ganz gesunder kräftiger Personen mit hinreichender Vorbildung. Strenge Sichtung bei der Annahme. — Mindestens zweijährige, möglichst dreijährige Ausbildungszeit. — Ausschließlich Anstellung von staatlich geprüftem Pflegepersonal an öffentlichen Anstalten. — Einheitliche Regelung der Arbeitseinteilung mit der Möglichkeit, die Mahlzeiten und Ruhepausen regelmäßig einzuhalten. Eine Arbeitszeit von 10 bis höchstens 11 Stunden einschließlich Schülerinnen-Unterricht und Nachtwache. Getrenntes Pflegepersonal für Tag- und Nachtdienst. Möglichst Einführung des Dreischichtensystems mit neunstündiger Arbeitszeit. — Abschaffung der Verpflichtung zu groben niederen Arbeiten, die nicht unbedingt mit der Krankenpflege verbunden sind und ebensogut oder besser von niederem Dienstpersonal geleistet werden können. — Möglichst weitgehende Sonntagsruhe. Jährlicher Urlaubsanspruch von mindestens vier Wochen mit angemessener Kostentschädigung. — Ausreichende staatliche Unfallfürsorge. — Eine möglichst auf gesetzlichem Wege geregelte ausreichende Altersversorgung und Sicherstellung für den Fall der Invalidität, auf welche sofort nach Dienstantritt Anspruch erhoben werden kann. — Eine der gefahrvollen, an Nerven und Kräfte die höchsten Anforderungen stellenden Tätigkeit entsprechende Barentschädigung. — Entsprechende Fürsorge für die im privaten Dienst stehenden selbständigen Krankenpflegerinnen.



Berg (2) gibt eine übersichtliche und erschöpfende Darstellung der „Lebens- und Arbeitsverhältnisse der deutschen Krankenschwestern“ und weist darin eindringlich auf die Lücken hin, die noch bezüglich der Ansprüche an die Vorbildung und an die berufliche Ausbildung der Schwestern und hinsichtlich einer verständigen einheitlichen Arbeitseinteilung auszufüllen sind. Insonderheit aber gibt er Anregungen zur Verbesserung ihrer Existenzbedingungen und fordert ausreichende staatliche Unfallfürsorge und eine möglichst auf gesetzlichem Wege geregelte hinreichende Altersversorgung und Sicherstellung für den Fall der Invalidität. Im Interesse des Standesansehens tritt er für den Gedanken ein, den Titel „Schwester“, abgesehen von der Zugehörigkeit zu einem staatlich anerkannten Schwesternverband, abhängig zu machen von der Erlangung einer an die Ableistung einer staatlichen Prüfung gebundenen Konzession, welche allein die Berchtigung gibt, bestimmte gesetzlich zu schützende Schwesterntrachten und Berufsabzeichen anzulegen, die von vornherein jeden Zweifel ausschließen. Einer eingehenden Würdigung unterzieht *B.* auch die Aufgaben und Leistungen der in sozialer Arbeit auf dem Gebiete der sogenannten „freiwilligen“ Krankenpflege tätigen Frau und rollt von neuem die Frage eines „Frauendienstjahres“ oder einer „Kriegsdienstpflicht der Frau“ in der Kranken- und Gemeindepflege unter Mitwirkung des Staates auf, deren gesetzmäßige Durchführung etwa unter entsprechendem Ausbau der bereits vorhandenen Organisationen der freiwilligen Krankenpflege nicht nur von weittragender Bedeutung sei für die Vorbereitung der Kriegshilfstätigkeit, sondern in ihrer Wirkung auch eine wertvolle Bereicherung für den Frieden im Erwerbsleben sowohl wie innerhalb der Familie bedeute.

Über Sicherheits- und Desinfektionsmaßnahmen in stark besetzten Seuchenabteilungen gibt *Schmidt* (19) hygienische Winke. Verf. geht davon aus, daß bestimmte Kranke ihre Umgebung in viel höherem Maße gefährden als andere; es sind solche, bei denen eine Massenausscheidung von Bazillen stattfindet; da ist das Verspritzen diarrhoischer Stühle eine stete Quelle hochgradiger Ansteckungsgefahr. Tröpfcheninfektion bei typhöser Angina, Übertragung durch Erbrochenes, besonders galliges, zieht *Schmidt* in das Bereich seiner Betrachtungen, die Fliegengefahr am Krankenbett erwähnt er, und er empfiehlt, nicht nur dem Wart- und Pflegepersonal peinlichste Sorgfalt und Reinlichkeit einzuprägen, sondern auch Patienten mit gravierender Ansteckungsgefahr besonders kenntlich zu machen, etwa durch Anbringung eines Vermerks oder farbigen Striches auf der Bettafel, ferner bakteriologische Untersuchung auf die Desinfektionswirkung des öfteren vorzunehmen.

Dees (7) veröffentlicht Schriftsätze, die in Hinsicht auf Typhusprophylaxe gewechselt waren. Es handelt sich um rasch zu schaffende Vorkehrungen zum Auskochen der Eß- und Trinkgeschirre in infizierten Abteilungen in Gabersee. Prof. *Gruber* vom Hygienischen Institut in München äußert sich gutachtlich über die Zweckmäßigkeit der Einschaltung doppelwandiger Kochkessel in die vorhandene Zentralwarmwasserleitung bzw. Heizleitung, wodurch eine für die Desinfektion ausreichende Temperatur, 75—80°, wohl erreicht werde. Die Einrichtung wurde



ausgeführt. Sie ist zwar nur Notbehelf, entspricht aber ihrem Zweck. *Dees* empfiehlt, bei Neubauten und Neuanlagen auf die Erfüllung strengster Anforderungen der Hygiene auch in dieser Beziehung Bedacht zu nehmen.

II. Anstaltsberichte.

1. Alsterdorfer Anstalten in Hamburg-Alsterdorf. Bericht für 1914/15. Dir.: Oberarzt Dr. *Palmer*. (S. 176*.)
2. Badische Irrenanstalten. Berichte der Psychiatr. Klinik der Universität Heidelberg, der Psychiatrischen Klinik Freiburg i. Br., der Heil- und Pflegeanstalten Illenau, Pforzheim, Emmendingen, Wiesloch und Konstanz. Mitgeteilt vom Großherzogl. Badischen Ministerium des Innern. 1913 u. 1914. (S. 165*.)
3. Bayreuth. Oberfränkische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914. Dir.: Dr. *Hock*. (S. 172*.)
4. Bergmannswohl. Unfall-Nervenheilanstalt der Knappschafts-B.-G. Schkeuditz (Bez. Halle a. S.). Bericht für 1914. Chefarzt: Prof. Dr. *Quensel*. (S. 155*.)
5. Berlin. Bericht der Deputation für die Städtische Irrenpflege. Berichte über die Anstalten Dalldorf, Herzberge, Buch und Wuhlgarten. Etatsjahr 1914. (S. 151*.)
6. Breslau. Städtische Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke. Bericht für 1914. Primärarzt: San.-Rat Dr. *Hahn*. (S. 153*.)
7. Burghölzli. Züricher Kantonale Irrenheilanstalt. Bericht für 1914. Dir.: Prof. Dr. *Bleuler*. (S. 176*.)
8. Cery (Lausanne). Asile. Rapport pour 1914. Dir: Dr. Mahaim. (S. 180*.)
9. Conradstein. Westpreußische Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914. Dir.: Dr. *Braune*. (S. 151*.)
10. Dannemora (N. Y.). State Hospital. Report of the Med. Superintendent. 1914. (S. 181*.)
11. Eglfing. Oberbayer. Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914. K. Dir.: Med.-Rat Dr. *Vocke*. (S. 169*.)
12. Eichberg i. Rheingau. Landesheil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914. Dir.: Dr. *Wachsmuth*. (S. 162*.)
13. Ellen (Bremen), St. Jürgenasyl für Geistes- und Nervenkranke. Bericht für 1914. Dir.: Dr. *Delbrück*. (S. 174*.)
14. Ellikon a. d. Thur. Trinkerheilstätte. Bericht für 1914. (S. 179*.)



15. Gabersee. Oberbayer. Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914. Dir.: Kgl. Med.-Rat Dr. *Dees.* (S. 171*.)
16. Gehlsheim. Großherzogl. Mecklenburgische Irren-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914. Dir.: Dr. *Bumke.* (S. 163*.)
17. Göttingen. Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914/15. Dir.: Prof. Dr. *Schultze.* (S. 158*.)
18. Haar. b. München. Oberbayer. Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914. Dir.: Dr. *Blachian.* (S. 170*.)
19. Hamburg. Jahresbericht des Krankenhauskollegiums für das Jahr 1914 (S. 176*.) Berichte der Irrenanstalten Friedrichsberg, Dir.: Prof. Dr. *Weygandt* (S. 176*.); Langenhorn, Dir.: Prof. Dr. *Neuberger* (S. 176*).
20. Herborn. Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914. Dir.: San.-Rat Dr. *R. Snell.* (S. 162*.)
21. Hessen (Großherzogt.). Hilfsverein für die Geisteskranken in Hessen. Bericht für 1914. (S. 165*.)
22. Hildesheim. Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914/15. Dir.: San.-Rat Dr. *Schröder.* (S. 157*.)
23. Hördt. Bericht der Gemeinsamen Irrenanstalt. 1914/15. Dir.: Dr. *Haberkant.* (S. 174*.)
24. Homburg (Pfalz). Pfälzische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914. Dir.: Dr. *Holterbach.* (S. 171*.)
25. Königsfelden (Aargau). Kantonale Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914. Dir.: Dr. *Frölich.* (S. 177*.)
26. Kreuzburg (Schlesien). Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914. Dir.: Dr. *Linke.* (S. 154*.)
27. Kutzenberg. Oberfränkische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914. Dir.: Dr. *Oetter.* (S. 173*.)
28. Langenhagen. Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914. Dir.: San.-Rat Dr. *Mönkemöller.* (S. 159*.)
29. Lewenberg, Kinderheim zu Schwerin. Großherzogl. Heil- und Pflegeanstat für geistesschwache Kinder. Bericht für 1914/15. Dir.: Dr. *Rust.* (S. 164*.)
30. Leubus. Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914. Dir.: San.-Rat Dr. *Dinter.* (S. 154*.)
31. Lindenhaus bei Lemgo. Fürstl. Lippische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914. Dir.: Med.-Rat Dr. *Alter.* (S. 173*.)



32. Lüben i. Schles. Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914. Dir.: Dr. *Schubert*. (S. 155*.)
33. Lüneburg. Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914/15. Dir.: San.-Rat Dr. *O. Snell*. (S. 158*.)
34. Mariaberg, O.-A. Reutlingen, Württemberg. Heil- und Pflegeanstalt für Schwachsinnige. Bericht für 1914/15. Anstaltsarzt: Med.-Rat Dr. *Burkarth*. (S. 165*.)
35. Münsterlingen. Thurgauische Irrenanstalt. Bericht für 1914 Dir.: Dr. *Wille*. (S. 178*.)
36. Neustadt. Westpreußische Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914. Dir.: San.-Rat Dr. *Rabbas*. (S. 150*.)
37. Neustadt i. Holstein. Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914/15. Dir.: San.-Rat Dr. *Dabelstein*. (S. 159*.)
38. Niedernhart in Linz. Oberösterreichische Landesirrenanstalt. Bericht für 1914. Dir.: Dr. *Schnopfhagen*. (S. 180*.)
39. Osnabrück. Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914. Dir.: San.-Rat Dr. *Schneider*. (S. 158*.)
40. Ostpreußen, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten Allenberg, Kortau und Tapiau. Bericht für 1914. (S. 150*.)
41. Rheinprovinz. Bericht über die Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten Andernach, Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Galkhausen, Grafenberg, Johannistal, Merzig und Brauweiler. 1914/15. (S. 160*.)
42. Rockwinkel bei Bremen. Sanatorium für Nerven- und Gemütskranke. Bericht für 1914. Dr. med. *W. Benning*. (S. 175*.)
43. Roda, Genesungshaus. Bericht für 1914. Dir.: Med.-Rat Dr. *Schäfer*. (S. 164*.)
44. Roda, Herzogl. Sächs. Martinshaus, Erziehungsanstalt für geistesschwache Knaben und Mädchen von 6—16 Jahren. Bericht für 1914. Dir.: Med.-Rat Dr. *Schäfer*. (S. 165*.)
45. Rosegg, Heil- und Pflegeanstalt im Kanton Solothurn. Bericht für 1914. Dir.: Dr. *Greppin*. (S. 178*.)
46. Sachsenberg bei Schwerin i. M. Großherzogl. Mecklenburgische Irrenanstalt. Bericht für 1914. Dir.: Obermedizinalrat Dr. *Matusch*. (S. 164*.)
47. Schleswig (Stadtfeld). Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914/15. Dir.: Dr. *Kirchhoff*. (S. 160*.)



48. Schwetz a. d. Weichsel. Westpreußische Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914. Dir.: San.-Rat Dr. *Schauen*. (S. 150*.)
49. Sonnenhalde bei Riehen (Basel). Evangelische Heilanstalt für weibliche Gemütskranke. Bericht für 1914/15. (S. 180*.)
50. Stephansfeld. Bezirksheilanstalt. Bericht für 1914/15. Dir.: Dr. *Ransohoff*. (S. 174*.)
51. St. Pirminsberg (St. Gallen). Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914. Dir.: Dr. *Haeberlin*. (S. 179*.)
52. Strecknitz (Lübeck). Krankenanstalt des Lübeckischen Staates für Nervöse und Geisteskranke. Bericht für 1914/15. Dir.: Dr. *Wattenberg*. (S. 175*.)
53. Ungarn. Das Irrenwesen Ungarns im Jahre 1914. Berichte über die Anstalten Lipótmezö, Angyalföld, Nagyszeben und Nagykálló. Veröffentlicht vom Königl. Ungarischen Ministerium des Innern. (S. 181*.)
54. Waldau, Münsingen, Bellelay. Bernische kantonale Irrenanstalten. Berichte für 1914. (S. 177*. 178*.)
55. Waldhaus (Chur). Kantonale Irren- und Krankenanstalt. Bericht für 1914. Dir.: Dr. *Jörger*. (S. 180*.)
56. Wehnen. Großherzogl. Oldenburgische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914. Dir.: Med.-Rat Dr. *Brümmer* (S. 163*.)
57. Werneck. Unterfränkische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914. Dir.: Med.-Rat Dr. *Kauffmann*. (S. 171*.)
58. Wernigerode-Hasserode. „Zum Guten Hirten," Erziehungshaus für schwach- und blödsinnige Mädchen. Bericht für 1914/15. (S. 173*.)
59. Weilmünster. Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1914. Dir.: San.-Rat Dr. *Lantzius-Benninga*. (S. 163*.)
60. Westfalen. Berichte über die Westfälischen Anstalten für Geisteskranke und Idioten zu Marsberg, Lengerich, Münster, Aplerbeck, Warstein, Gütersloh, Eickelborn und St. Johannisstift zu Nieder-Marsberg. 1914. (S. 156*.)
61. Wil (St. Gallen). Kantonales Asyl. Bericht für 1914. Dir.: Dr. *Schiller*. (S. 179*.)
62. „Woltersdorfer Schleuse", Kurhaus. Neunter Jahresbericht. 1914. Leit. Arzt: Dr. *Grabley*. (S. 153*.)

Der Bericht der Anstalten Allenberg, Kortau, Tapiau (40) beschränkt sich infolge der Kriegswirren auf allgemeine Angaben. Der Gesundheitszustand war im allgemeinen gut. In Kortau waren bis zum Jahresschluß 26 geisteskranke Soldaten aufgenommen. Tapiau hat, wie bekannt, schwer gelitten. Die größere Anzahl der Kranken konnte rechtzeitig abgeführt werden, von den Zurückgebliebenen wurden durch einschlagende Granaten 10 w. Patienten getötet, 25 zum Teil schwer verwundet.

Schwetz a. W. (48): Anfangsbestand 858 (464 M. 394 Fr.). Zugang 198 (130 M. 68 Fr.). Abgang 175 (104 M. 71 Fr.). Bleibt Bestand 881 (490 M. 391 Fr.), davon in Familienpflege 50. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 142 (81 M. 61 Fr.), paralytischer Seelenstörung 18 (17 M. 1 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 13 (9 M. 4 Fr.), mit Hysterie 1 Fr., Alkoholismus 7 M., Imbezillität 7 (6 M. 1 Fr.), Idiotie 2 Fr. Zur Beobachtung gerichtsseitig zugewiesen 5 (4 M. 1 Fr.), auf Antrag der Landesversicherungsanstalt 3 M.; aus der Beobachtung abgegeben 8 (5 M. 3 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen 25 M. 1 Fr. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 79 (62 M. 17 Fr.), über 1—6 Monate 27 (12 M. 15 Fr.), 6—12 Monate 10 (8 M. 2 Fr.), 1—2 Jahre 10 (4 M. 6 Fr.), 2—5 Jahre 26 (13 M. 13 Fr.), 5—10 Jahre 7 (1 M. 6 Fr.), Dauer unbestimmt bei 32 (25 M. 7 Fr.), von Jugend auf bei 3 M. Familienanlage nach dem Schema des Kgl. Preuß. Stat. Landesamtes bei 19 M. 5 Fr. Sonstige Krankheitsursachen u. a. Kopfverletzung bei 12, Alkoholismus 21, Lues 15, Mobilmachung 28, Gemütserschütterung 11, Gram 3. Überhaupt ursächliche Einwirkungen festgestellt bei 138 (96 M. 42 Fr.). Entlassen geheilt 14 (13 M. 1 Fr.), gebessert 56 (38 M. 18 Fr.), ungeheilt 19 (9 M. 10 Fr.), in andere Anstalten verlegt 5 (4 M. 1 Fr.). Gestorben 71, davon an Hirnlähmung 10, Lungentuberkulose 7, Lungenentündung 7, Herzleiden 8, Paralyse 2, Erschöpfung 16, Altersschwäche 8, geh. kl. Anfälle 2. — Gesamtausgabe: 496 136,59 M.

Neustadt i. Westpr. (36): Anfangsbestand 645 (318 M. 327 Fr.). Zugang 264 (136 M. 128 Fr.). Abgang 176 (89 M. 87 Fr.). Bleibt Bestand 733 (365 M. 368 Fr.), davon in Familienpflege 25. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 197 (92 M. 105 Fr.), paralytischer Seelenstörung 25 (20 M. 5 Fr.), Epilepsie, Hysteroepilepsie 9 (4 M. 5 Fr.), Imbezillität, Idiotie 15 (5 M. 10 Fr.), Alkoholismus 13 (11 M. 2 Fr.). Nicht geisteskrank 5 (4 M. 1 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 92, 2 Monate 24, 6 Monate 28, 1 Jahr 34, 2 Jahre 81. Krankheitsursachen: psychische Ursachen (auch infolge der Kriegsereignisse) bei 26 M., 16 Fr., körperliche Erkrankung 1 M. 4 Fr., Wochenbett, Schwangerschaft 6 Fr., Syphilis 7 M. 1 Fr., Trunksucht 12 M. 1 Fr., Unfall 2 M., Kopfverletzung 6 M. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen 39; davon vor der Erkrankung 14 M. 8 Fr., nachher 15 M. 2 Fr. Erbliche Belastung der Aufgenommenen bei 64 (28 M. 36 Fr.), davon Alkoholkranke 5 (4 M. 1 Fr.). Familienanlage bei 73, zu Trunksucht 18. Entlassen 109 P., davon geheilt 52 M. 57 Fr. = 34,9 %, gebessert 20 M. 22 Fr. = 38,5 % ungeheilt 13 M. 9 Fr. = 20,2 %. Nicht geisteskrank 6 M. 1 Fr. Gestorben 67 (37 M. 30 Fr.) (= 7,4 % aller Verpflegten, 81 % M. 6,6 % Fr.), davon an Hirnlähmung 11, gehäuften Krampfanfällen 6, Herzkrankheiten 16, Lungenentzün-

dung 7, Tuberkulose 8, Erschöpfung und Altersschwäche 6, Typhus 1. — Gesamtausgabe: 469 707,53 M.

Conradstein (9): Anfangsbestand 1376 (739 M. 637 Fr.). Zugang 223 (119 M. 104 Fr.). Abgang 229 (126 M. 103 Fr.). Bleibt Bestand 1370 (732 M. 638 Fr.), hiervon in Familienpflege 121 P. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 169 (75 M. 94 Fr.), paralytischer Seelenstörung 13 (11 M. 2 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 11 (8 M. 3 Fr.), angeborene Geistesschwäche 7 (2 M. 5 Fr.), Alkoholismus 16 M. Zur Beobachtung aufgenommen 7 M., abgegeben 6 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 79 = 35,43 %, bis 2 Monate 21 = 9,48 %, 3 Monate 12 = 5,38 %, 6 Monate 17 = 7,62 %, bis zu 1 Jahr bei 24 = 10,76 %, 2 und mehr Jahre 70 = 31,39 %. Als Krankheitsursachen angegeben Altersvorgänge bei 1 M. 19 Fr., psychische Ursachen 12 M. 20 Fr., Epilepsie 8 M. 4 Fr., Unfall, Kopfverletzung 3 M. 1 Fr., Haft 1 M., Typhus, Hirnhautentzündung 1 M. 3 Fr., Arteriosklerose, Schlaganfall 1 M. 3 Fr., Basedowkrankheit, Kleinhirntumor je 1 Fr., Nervenkrankheiten 2 Fr., Vitium cordis 1 Fr., Wochenbett, Geburt, Menstruationskrankheiten usw. 7 Fr., Sonnenstich 2 Fr., Dienst in der Fremdenlegion 1 M., Syphilis 10 M. 3 Fr., Trunksucht 20 M. 2 Fr. Mit dem Strafgesetz in Konflikt 37 (30 M. 7 Fr.). Erblich belastet 55 (25 M. 30 Fr.), davon Alkoholkranke 6, Veranlagung Familienangehöriger zu Trunksucht bei 17 P. Entlassen geheilt 24 (17 M. 7 Fr.), gebessert 73 (45 M. 28 Fr.), ungeheilt 11 (5 M. 6 Fr.). Gestorben 114 (52 M. 62 Fr.), davon an Infektionskrankheiten 4, Ernährungsstörungen 8, Krankheiten des Nervensystems 16, der Atmungsorgane 43, des Gefäßsystems 21, an Darm- und Leberkrankheiten 17, Krebs 5. — Die epidemischen Typhuserkrankungen (i. Vorj. 64 Fälle) erreichten ihr Ende mit 1 Fall im April des Berichtsjahres. 3 neue Fälle. Zu den 14 Bazillenträgern des Vorjahres kamen hinzu von den Neuaufnahmen 2 (1 M. 1 Fr.), alsdann 1 Pflegerin und 3 weibl. P. aus Tapiau. Die Untersuchung nach Bazillenträgern ist ununterbrochen vorgenommen. 12 Ruhrerkrankungen mußten dem Kreisarzt gemeldet werden. Vorübergehend waren gelegentlich des Russeneinfalles im August 770 Kranke, 165 Ärzte und Beamte und 220 Familienangehörige der Anstalt in Tapiau, insgesamt 1155 Personen, in Conradstein untergebracht. — Gesamtausgabe: 843 333,22 M.

Nach dem Verwaltungsbericht des Magistrats zu Berlin (5) hatte die städtische Irrenpflege im Etatsjahr einen Gesamtanfangsbestand von 8328 (4373 m. 3955 w.) Pat., einen Gesamtschlußbestand von 8051 (4159 m. 3892 w.) Pat., bei einer um 210 P. geringeren täglichen Durchschnittszahl als im Vorjahre. Im einzelnen ist zu entnehmen für:

Dalldorf: Anfangsbestand 2884 (1440 m. 1444 w.). Zugang 856 (497 m. 359 w.). Abgang 1013 (605 m. 408 w.). Bleibt Bestand 2727 (1332 m. 1395 w.). Davon in der Hauptanstalt 1202 (678 m. 524 w.), in der Idiotenanstalt 179 (114 m. 65 w.), in Privatanstalten 984 (345 m. 639 w.), in Familienpflege 362 (195 m. 167 w.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 362 (132 m. 230 w.), paralytischer Seelenstörung 122 (91 m. 31 w.), Seelenstörung mit Epilepsie 30 (16 m. 14 w.), mit Epilepsie und Hysterie 14 (5 m. 9 w.), Idiotie, Imbezillität 151 (87 m. 64 w.), chronischem Alkoholismus 151 (144 m. 7 w.), Morphiumsucht 3 (2 m. 1 w.). Zur



Beobachtung überwiesen 23 (20 m. 3 w.), wieder abgegeben 23 (19 m. 4 w.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt 98 (84 m. 14 w.); gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch bei 151 (144 m. 7 w.). Entlassen geheilt, gebessert 488 (294 m. 194 w.), ungeheilt 144 (96 m. 48 w.). Gestorben 358 (196 m. 162 w.), davon an Altersschwäche 4 (2 m. 2 w.), Herzkrankheiten 156 (86 m. 70 w.), Hirnkrankheiten, paralytischem Anfall 61 (31 m. 30 w.), infolge Epilepsie 3 (2 m. 1 w.), Tuberkulose 11 m.; Selbstmord 1 w.

Herzberge: Anfangsbestand 1672 (899 m. 773 w.). Zugang 1423 (1098 m. 325 w.). Abgang 1451 (1104 m. 347 w.). Bleibt Bestand 1666 (893 m. 773 w.), davon in der Hauptanstalt 1241 (731 m. 510 w.), in Privatanstalten 289 (77 m. 212 w.), in Familienpflege 136 (85 m. 51 w.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 1088 (848 m. 240 w.), paralytischer Seelenstörung 155 (118 m. 37 w.), Seelenstörung mit Epilepsie 84 (58 m. 26 w.), mit Epilepsie und Hysterie 3 (2 m. 1 w.), Idiotie, Imbezillität 63 (45 m. 18 w.). Zur Beobachtung aufgenommen 30 (27 m. 3 w.), abgegeben 38 (36 m. 2 w.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt 679 (648 m. 31 w.); gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch bei 635 (619 m. 16 w.). Entlassen geheilt, gebessert 872 (770 m. 102 w.), ungeheilt 218 (101 m. 117 w.). Gestorben 281 (174 m. 107 w.), davon an Altersschwäche 32 (3 m. 29 w.), Herzkrankheiten 136 (122 m. 14 w.), Hirnkrankheiten, paralytischem Anfall 26 (17 m. 9 w.), Tuberkulose 13 (8 m. 5 w.).

Buch: Anfangsbestand 2337 (1176 m. 1161 w.). Zugang 867 (590 m. 277 w.). Abgang 920 (643 m. 286 w.). Bleibt Bestand 2275 (1123 m. 1152 w.), davon in der Hauptanstalt 1782 (936 m. 846 w.), in Privatanstalten 343 (126 m. 217 w.), in Familienpflege 150 (61 m. 89 w.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 336 (143 m. 193 w.), paralytischer Seelenstörung 141 (108 m. 33 w.), Seelenstörung mit Epilepsie 37 (2 m. 15 w.), Idiotie Imbezillität 106 (76 m. 20 w.), 106 an chronischem Alkoholismus 227 (224 m. 3 w.). Zur Beobachtung aufgenommen 20 (17 m. 3 w.), abgegeben 20 (17 m. 3 w.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt 366 (351 m. 15 w.); gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch bei 240 (233 m. 7 w.). Entlassen geheilt, gebessert 453 (361 m. 92 w.), ungeheilt 78 (50 m. 28 w.). Gestorben 378 (215 m. 163 w.), davon an Altersschwäche 24 (11 m. 13 w.), Herzkrankheiten 167 80 m. 87 w.), Hirnkrankheiten, paralytischem Anfall 79 (61 m. 18 w.), infolge Epilepsie 6 (4 m. 2 w.), Tuberkulose 23 (4 m. 19 w.), Selbstmord 2 Fr.

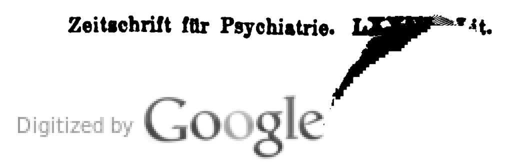
Wuhlgarten: Anfangsbestand 1435 (858 m. 577 w.). Zugang 467 (370 m. 97 w.). Abgang 519 (417 m. 102 w.). Bleibt Bestand 1383 (811 m. 572 w.), davon in der Hauptanstalt 1280 (736 m. 544 w.), in Privatanstalten 95 (67 m. 28 w.), Familienpflege 8 M. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 3 m., Seelenstörung mit Epilepsie 402 (317 m. 85 w.), mit Epilepsie und Hysterie 37 (33 m. 4 w.), Idiotie, Imbezillität 5 (2 m. 3 w.), chron. Alkoholismus 10 (8 m. 2 w.). Bestraft sind von den Aufgenommenen 227 M. = $67\frac{3}{4}$ v. H., davon mit Arbeitshaus 13 = $5\frac{3}{4}$ v. H., mit Haft 32 = $14\frac{1}{8}$ v. H., mit Gefängnis 166 = $73\frac{1}{8}$ v. H., mit Zuchthaus 16 = 7 v. H., ferner 1 Fr. mit Haft = $\frac{1}{8}$ v. H., der öffentlichen Prostitution ergeben 2 Fr. Gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch bei 238 M. Erbliche Belastung der an Epilepsie, Hysterie und Hystero-Epilepsie Leidenden durch



Trunksucht der Eltern nachweisbar bei 106 M. = 31²/₃ v. H., 13 Fr. = 16¼ v. H. 2 Kn. = 13⅓ v. H., 2 Md. = 22¼ v. H.; Familienanlage (gleichzeitig erkrankte Geschwister) bei 36 M. = 10¾ v. H., 13 Fr. = 16¼ v. H., 2 Kn. = 13⅓ v. H., 1 Md. = 11⅑ v. H. Erbliche Belastung überhaupt bei 195 M. = 58¼ v. H., 27 Fr. = 33⅜ v. H., 4 Kn. = 26²/₃ v. H., 3 Md. = 33⅓ v. H. — Entlassen geheilt, gebessert 399 (333 m. 66 w.), ungeheilt 57 (45 m. 12 w.). Gestorben 63 (39 m. 24 w.), davon an Epilepsie 10 (9 m. 1 w.), Hirnkrankheiten, paralytischem Anfall 7 (5 m. 2 w.), Herzkrankheiten 4 Fr., Tuberkulose 6 (4 m. 2 w.). — Gesamtausgabe: 7 629 370,71 M. ausschließlich Idiotenanstalt, davon Kriegsausgaben 91 140,31 M.

„Woltersdorfer Schleuse" b. Berlin (62): Anfangsbestand 19 (10 m, 9 w.). Zugang 467 (241 m. 226 w.) = 486 P. mit 17 535 Verpflegungstagen = 36 Verpflegungstage pro Kopf. Von den Patienten litten an funktionellen Neurosen 153, organischen Nervenleiden 20, Intoxikationen (Alk., Morph.) 13, Neuralgien, Neuritiden 9; im übrigen Stoffwechsel- und Konstitutionskrankheiten (101), Herz- und Gefäßkrankheiten (103), Krankheiten der Atmungsorgane, der Bauchorgane, gynäkolog. Erkrankungen, chirurgisch, maligne Tumoren, Hautkrankheiten; Rekonvaleszenten 14. Geheilt entlassen 230 (113 m. 117 w.), gebessert 213 (116 m. 97 w.), ungeheilt 31 (16 m. 15 w.). Gestorben 12 (11 m. 1 w.), davon an Herzlähmung (bei Myokarditis) 7, Apoplexie 3, Karzinom und tertiäre Lues je 1 P. — Die Krankenbewegung seit 1906 ergibt für 1906 = 300 P., davon ungeheilt 35, gestorben 7; 1907 = 280 (ungeheilt 33, gestorben 7), 1908 = 291 (ungeheilt 24, gestorben 7); 1909 = 343 (ungeheilt 23, gestorben 7); 1910 = 363 (ungeheilt 22, gestorben 7); 1911 = 459 (ungeheilt 25, gestorben 12); 1912 = 530 (ungeheilt 53, gestorben 7); 1913 = 550 (ungeheilt 69, gestorben 7); 1914 = 486 (ungeheilt 31, gestorben 12). — In dem dem Sanatorium angegliederten Vereinslazarett, und zwar innerhalb der Anstalt, wurden bis zum Jahresschluß behandelt und verpflegt 187 verwundete und kranke Heeresangehörige. Zunächst waren für ständige Aufnahmen 50 Betten vorgesehen, die Zahl ist auf weitere 50 erhöht und sind z. Z. 30 Offiziere und 70 Mannschaften durchschnittliche Belegung. Reiche Erfahrung an Kriegsneurosen und Herzerkrankungen und sonstigen Kriegsverletzungen.

In der städt. Heil- und Pflegeanstalt zu Breslau (6) war der Bestand am Jahresanfang 202 (94 m. 108 w.). Zugang einschließlich der behandelten Militärpersonen 1100 (670 m. 430 w.). Abgang 1167 (704 m. 463 w.). Bleibt Bestand 115 (40 m. 75 w.). Die nicht unerhebliche Steigerung der Aufnahmezahl der Frauen (431 gegen 371 des Vorjahres) ist verursacht durch die Sperrung der Psych. Klinik der Universität für Frauenaufnahmen. Vom Krankenzugang litten an einfach erworbenen Psychosen 281 (124 m. 157 w.), konstitutionellen Psychosen 98 (54 m. 44 w.), epileptisch-hysterischen Formen 119 (48 m. 71 w.), alkoholischen und anderen intox. Psychosen 343 (301 m. 42 w.), paralytischen, senilen und sonstigen organischen Geisteskrankheiten 259 (143 m. 116 w.). Von 1146 aus der Pflege Ausgeschiedenen wurden entlassen geheilt 182 = 15,9 %, gebessert 453 = 39,5 %, ungeheilt 385 = 33,6 %, von diesen sind an andere Anstalten überwiesen 295. Gestorben sind 126 = 11 %, darunter 18 der an symptomat. Geisteskrankheit





Leidenden, 15 Alkoholkranke, 17 Paralytiker, an Arteriosklerose und postapoplekt. Geisteskrankheiten Leidende 11, Senile 34. — Gesamtausgabe: 299 375,54 M.

Leubus (30): In der öffentlichen Anstalt war ein Anfangsbestand von 913 P. (479 M. 434 Fr.). Zugang 201 (97 M. 104 Fr.). Abgang 193 (110 M. 83 Fr.). Bleibt Bestand 921 (466 M. 455 Fr.), davon in Familienpflege 9 M. Außerdem waren 50 Kranke von Taupiau, gelegentlich des Russeneinfalles, aufgenommen und 30 Kranke aus den Breslauer Anstalten. Von den regulär Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 152 (64 M. 88 Fr.), paralytischer Seelenstörung 21 (16 M. 5 Fr.), Imbezillität, Idiotie 11 (8 M. 3 Fr), Epilepsie mit Seelenstörung 10 (7 M. 3 Fr.), Migräne mit psych. Alteration, Hysterie je 1 Fr., Neurasthenie 3 Fr., Morphinismus und Lyssa je 1 M. Als Krankheitsursachen u. a. angesehen Alkoholmißbrauch bei 5 M. 1 Fr., Morphium, Kokain je 1 Fr., Syphilis 18 (10 M. 8 Fr.). Erbliche Belastung bei 33 M. 32 Fr., Familienanlage zu Trunksucht 8 M. 10 Fr. Zur Beobachtung aufgenommen 1 Pat. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 23 M. 6 Fr.; von diesen auf Grund § 81 Str.-P.-O. zur Beobachtung überwiesen 4 M. 2 Fr. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat 17 (7 M. 10 Fr.), 1—13 Monate 33 (15 M. 18 Fr.), 3—6 Monate 18 (4 M. 14 Fr.), 6—12 Monate 22 (7 M. 15 Fr.), 1—5 Jahre 51 (29 M. 22 Fr.), über 5 Jahre 43 (23 M. 20 Fr.), von Kindheit an 12 (9 M. 3 Fr.), unbekannt 5 (3 M. 2 Fr.). Entlassen geheilt 5 (2 M. 3 Fr.), gebessert 62 (34 M. 28 Fr.), ungeheilt 28 (18 M. 10 Fr.), von diesen nach anderen Anstalten verbracht 15 M. 7 Fr., wieder aufgenommen 4 M. 3 Fr.; nicht geisteskrank 1 Fr. Gestorben 97 (56 M. 7 Fr.) = 8,7 % der Verpflegten. Todesfälle infolge Paralyse bei 24 (18 M. 6 Fr.), Basedowscher Krankheit 1 Fr., Tuberkulose 14 (6 M. 8 Fr.), Krankheiten der Atmungsorgane 11 (8 M. 3 Fr.), des Herzens und der Gefäße 14 (8 M. 6 Fr.), der Nieren und Geschlechtsorgane 4 (2 M. 2 Fr.), Altersschwäche 3, Ruhr 7, Karzinom 5, Lyssa, Septikämie je 1 P.; Unglücksfall 1. An Ruhr erkrankten außer den Verstorbenen noch 7 M. 14 Fr. Der Fall von Lyssa zeichnete sich durch sehr lange Inkubationsdauer und langsamen Verlauf aus. Die Diagnose wurde sichergestellt durch Untersuchung des Gehirns in der Wutschutzabteilung des Hygien. Instituts in Breslau.

Kreuzburg (26): Anfangsbestand 651 (373 M. 278 Fr.). Zugang 93 (54 M. 39 Fr.). Abgang 151 (89 M. 62 Fr.). Bleibt Bestand 593 (338 M. 255 Fr.). In Familienpflege zu Beginn 25 (10 M. 15 Fr.), diese infolge des Krieges in die Anstalt zurückverlegt. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 70 (34 M. 36 Fr.), paralytischer Seelenstörung 10 (9 M. 1 Fr.), Epilepsie mit Seelenstörung 3 M., Idiotie, Imbezillität 1 M., Fieberdelir bei Pneumonie 1 M. Zur Beobachtung aufgenommen 8 (6 M. 2 Fr.). Als Krankheitsursache in Betracht zu ziehen Syphilis bei 7 M., Trunksucht 7 M. 1 Fr., Kopfverletzung 3 M., Arterienverkalkung, Altersveränderungen 5 M. 5 Fr., Hitzeeinwirkung, Strafhaft je 1 M., Gemütserschütterung, Aufregung durch Krieg 6 Fr., Entbindung, Fehlgeburt 3 Fr. Erbliche Belastung nachweisbar bei 12 M. 18 Fr. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 19 M. 4 Fr. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 18 M. 10 Fr., 3 Monate 10 M. 13 Fr., 6 Monate 5 M. 1 Fr., 1 Jahr 2 M. 5 Fr., 2 Jahre 2 M. 1 Fr., 5 Jahre 2 M. 2 Fr., mehr als 5 Jahre 1 M., 10 Jahre 3 M. 5 Fr., von Kindheit an 2 M. — Ent-



lassen geheilt 27 (21 M. 6 Fr.), gebessert 37 (23 M. 14 Fr.), ungeheilt 1 Fr., in andere Anstalten verbracht 9 (7 M. 2 Fr.). Gestorben sind 71 (33 M. 38 Fr.), im Vorjahre 75 (43 M. 32 Fr.). Todesursachen waren Gehirnerweichung bei 10 M. 1 Fr., Gehirnschlag, Gehirnlähmung 3 Fr., Epilepsie 3 M., Lungen- und Brustfellentzündung 2 M. 5 Fr., Tuberkulose 7 M. 7 Fr., Herzlähmung 2 M. 5 Fr., Entkräftung, Altersschwäche 7 M. 10 Fr., Darm- und Bauchfellentzündung 5 Fr., Gesichtsrose, Pemphigus, Eiterfieber je 1 P. Tägliche Beschäftigung der Männer 35,2 %, der Frauen 49,7 % des Durchschnittsbestandes (im Vorj. 32,8 und 51,5 %). — Infolge der Lage, 18 km von der Grenze, und drohenden Russeneinfalles wurde anfangs November die Anstalt geräumt und 680 P. und das nötige Personal nach Bunzlau verbracht, dort verblieben 174 M. 12 Fr., die übrigen wurden auf andere Anstalten verteilt. Im Laufe des Frühjahres 1915 konnte der Rücktransport ohne Störung, stattfinden. Am 4. März war die Anstalt wieder in Vollbetrieb.

Lüben i. Schl. (32): Anfangsbestand 1097 (499 M. 598 Fr.). Zugang 242 (147 M. 95 Fr.). Abgang 253 (155 M. 98 Fr.). Bleibt Bestand 1086 (491 M. 595 Fr.) davon in Familienpflege 57 (12 M. 45 Fr.). Vorübergehend aufgenommen waren infolge des Kriegszustandes 20 P. der städt. Heilanstalt und 26 aus der Psychiatr. Universitätsklinik zu Breslau, ferner von der Heilanstalt Tapiau 30 M., Lublinitz 569 Kr. Höchste Belegung mit Geisteskranken am 15. November 1914 mit 819 M. 780 Fr., niedrigste am 22. März 1915 mit 451 M. 521 Fr. Abgesehen von den Überführungen litten vom Zugang an einfacher Seelenstörung 174 (90 M. 84 Fr.), paralytischer Seelenstörung 26 M., Seelenstörung mit Epilepsie 14 (12 M. 2 Fr.), Hysterie 3 Fr., Alkoholismus 5 M., Imbezillität, Idiotie 9 (6 M. 3 Fr.), Dem. postapoplectica 3 (1 M. 2 Fr.), multipler Sklerose, spinaler Muskelatrophie je 1 M., progressiver Muskelatrophie 1 Fr.; nicht geisteskrank 5. Gerichtlich bestraft waren 27 M. 3 Fr. Erblich belastet 49 M. 34 Fr. Abstammung von trunksüchtigen Eltern 15 M. 9 Fr. Als Krankheitsursache angegeben Gefangenschaft bei 1 M., Trunksucht 14 M. 1 Fr., Kopfverletzung 4 M., chirurg. Operation 2 M., Entbindung 1 Fr., Syphilis 12 M. 3 Fr., Hypnose 1 M., Typhus 1 M., Krieg bei 8 M. 7 Fr. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 16 M. 18 Fr., 3 Monate 26 M. 20 Fr., 6 Monate 16 M. 14 Fr., 1 Jahr 19 M. 7 Fr., 2 Jahre 11 M. 10 Fr., bis zu 5 Jahren 18 M. 13 Fr., 10 Jahren 13 M. 5 Fr., über 10 Jahre 17 M. 5 Fr., Krankheit von Kindheit an 7 M. 3 Fr. Entlassen geheilt 17 (8 M. 9 Fr.), gebessert 60 (40 M. 20 Fr.), ungeheilt 64 (34 M. 30 Fr.), davon in andere Anstalten versetzt 19 M. 19 Fr. Nicht geisteskrank entlassen 2 M., aus der Beobachtung 5 M. Gestorben 105 (66 M. 39 Fr, im Vorjahre 77 M. 45 Fr.; Todesursachen: epileptischer Krampfzustand bei 4 M. 2 Fr., Epilepsie 4 M., Darmkatarrh 5 M. 7 Fr., Krebs 5 Pers., Muskelatrophie 2, Altersschwäche 11, Nierenentzündung, Eiterfieber 3. — Einrichtung eines Reservelazarettes in zwei Häusern im Oktober des Berichtsjahres, z. T. umgewandelt in eine Beobachtungsabteilung für geistes- und nervenkranke Heeresangehörige. — Gesamtausgabe: 527 722,93 M.

Bergmannswohl (4): Anfangsbestand 47 (11 Beobachtungs-, 36 Behandlungsfälle). Aufgenommen 1198 (959 Beobacht., 239 Beh.). Abgang 1225 (965 Beobacht., 260 Beh.). Bleibt Bestand 20 (5 Beobacht., 15 Behandl.). Zahl



der Verpflegungstage 16 080 (i. Vorj. 18 914), auf einen Kr. durchschn. 13,4 (i. V. 12,7) Verpflegungstage. Auf die abgeschlossenen Beobachtungsfälle durchschn. 6,27 (i. V. 6,6), auf abgeschlossene Behandlungsfälle 42 (wie i. V.). Verpflegungstage. Unter den Diagnosen figurieren Nervenschwäche mit 410, Hysterie 199, Epilepsie 40, angeborener Schwachsinn 18, Gehirnerschütterung, Kommotionsneurose 566, Hemiplegie 13, Arteriosklerose 103, sonstige Befunde aller Arten mit p. p. 1—12 Fällen. Mit Kriegsausbruch ist die Anstalt einem Reservelazarett angegliedert, zunächst zur Verfügung gestellt 130 Betten. Zur Behandlung kommen hauptsächlich Nervenverletzungen und nervöse Erkrankungen.

In den Heilanstalten der Provinz Westfalen (60) war ein Gesamtanfangsbestand von 5285 Kr. Zugang 1457. Abgang 1310. Bleibt Gesamtbestand 5432. Jährliche Durchschnittszunahme in den letzten 5 Jahren 223, im Berichtsjahre 147. Neuaufnahmen gegen das Vorjahr geringer um 153. In den einzelnen Anstalten war folgende Krankenbewegung:

Marsberg: (Vorhandene Plätze für 595 Kr. — 329 M. 266 Fr. —, außerdem für Familienpflege für 30 P.) Anfangsbestand 590 (316 M. 274 Fr.). Zugang 107 (57 M. 50 Fr.). Abgang 92 (62 M. 30 Fr.). Bleibt Bestand 605 (311 M. 294 Fr.), davon in Familienpflege 13 M. 6 Fr. Unter den Aufgenommenen 1 deutscher Soldat, 5 Kriegsgefangene. Entlassen geheilt 10 (5 M. 5 Fr.) = 11,9 % der reinen Aufnahmen, gebessert 35 (21 M. 14 Fr.), ungeheilt 5 (4 M. 1 Fr.), davon anderen Anstalten überwiesen 2 M. 1 Fr.; ferner entlassen 2 Pensionäre und nach Beobachtung 3 M. Gestorben 37 (29 M. 8 Fr.) = 5,31 % der Verpflegten.

Lengerich: (Vorhandene Plätze für 845 Kr. — 439 M. 406 Fr. —, davon für Familienpflege 180). Anfangsbestand 813 (435 M. 378 Fr.). Zugang 158 (83 M. 75 Fr.). Abgang 156 (100 M. 50 Fr.). Bleibt Bestand 815 (412 M. 403 Fr.), davon in Familienpflege 184 (89 M. 95 Fr.), von diesen bei Beamten und Angestellten der Anstalt 4 M. 15 Fr. Vom Bestand entlassen als geheilt 22 (15 M. 17 Fr.), gebessert 53 (43 M. 10 Fr.), ungeheilt 23 (15 M. 8 Fr.), nach anderen Anstalten verlegt 2 M. 2 Fr.; entlassen als ungeeignet 1 Fr. Gestorben 43 (24 M. 19 Fr.).

Münster: (Planmäßige Verpflegung für 650 Kr. — 300 M. 350 Fr.—, außerdem 15 Plätze für Familienpflege). Anfangsbestand 634 (268 M. 366 Fr.). Zugang 317 (210 M. 107 Fr.). Abgang 293 (181 M. 112 Fr.). Bleibt Bestand 658 (297 M. 361 Fr.), davon in Familienpflege 19 P., auf dem Oktober 1913 übernommenen Anstaltsgute Kinderhaus 25 M. Entlassen geheilt 33 (22 M. 10 Fr.), gebessert 92 (41 M. 51 Fr.), ungeheilt 91 (70 M. 21 Fr.), davon anderen Anstalten zugeführt 41 M. 4 Fr.; nach Beobachtung entlassen 31 (27 M. 4 Fr.). Gestorben 47 (21 M. 26 Fr.) = 4,94 % der Verpflegten.—Der Krieg verursachte die Aufnahme von 112 Militärpersonen, überwiesen aus Lazaretten und von Truppenteilen des VII. Armeekorps. Zur Beobachtung zugeführt 10 M. Am Schluß des Berichtsjahres noch in Pflege 38 Heeresangehörige und 13 Kriegsgefangene.

Aplerbeck: (Vorhandene Plätze 660 —345 M. 315 Fr. —, davon in Familienpflege 23). Anfangsbestand 666 P. Aufgenommen 211 (105 M. 106 Fr.). Abgang 186 (95 M. 91 Fr.). Bleibt Bestand 691 P., davon in Familienpflege 9 M. 11 Fr. Entlassen geheilt 16 (3 M. 13 Fr.), gebessert 50 (21 M. 29 Fr.), ungeheilt



48 (30 M. 18 Fr.), davon nach anderen Anstalten verbracht 24 (13 M. 11 Fr.), nach Lengerich in Familienpflege 9 M. 9 Fr. Aus der Beobachtung entlassen 18 (15 M. 3 Fr.). Gestorben 54 = 6,16 % der Verpflegten.

Warstein: (Vorhandene Plätze in der Anstalt 1413, in der Pflegerkolonie 46). Anfangsbestand 1431 = (702 M. 729 Fr.). Zugang 368 (185 M. 183 Fr.). Abgang 339 (183 M. 156 Fr.). Bleibt Bestand 1460 (704 M. 756 Fr.), davon in Familienpflege 101 (29 M. 72 Fr.). Entlassen geheilt 84 (40 M. 44 Fr.), gebessert 89 (49 M. 40 Fr.), ungeheilt und nach anderen Anstalten verbracht = 33 (21 M. 12 Fr.); entlassen als nicht geisteskrank bzw. nach Beobachtung 16 = (10 M. 6 Fr.). — Krieg als Ursache von Geisteskrankheit war angegeben bei den Männeraufnahmen in 3 Fällen, 2 wurden nach mehrmonatlicher Behandlung geheilt entlassen, bei den Frauen 16 Fälle, nur in 2 Fällen jedoch wurde Einwirkung des Krieges festgestellt, und zwar bei ostpreußischen Flüchtlingen; sie wurden geheilt bzw. gebessert entlassen.

Gütersloh: Die geplante Eröffnung und Inbetriebnahme der Anstalt konnte nicht erfolgen. Die Militärverwaltung hat die Räumlichkeiten zur Unterbringung von kriegsgefangenen Offizieren mietweise in Anspruch genommmen.

Eickelborn: (Platz vorhanden für 1190 Kr. — 617 M. 573 Fr. — und für 110 Familienpfleglinge). Anfangsbestand 1154 (543 M. 608 Fr.). Zugang 296 (180 M. 116 Fr.). Abgang 244 (136 M. 118 Fr.). Bleibt Bestand 1203 (587 M. 616 Fr.), davon in Familienpflege 85 (47 M. 38 Fr.), hiervon bei Beamten und Angestellten 34 (6 M. 28 Fr.). Entlassen geheilt 21 (5 M. 16 Fr.), gebessert 105 (60 M. 45 Fr.), ungeheilt 10 (7 M. 3 Fr.), in andere Anstalten versetzt 19 (17 M. 2 Fr.); nach Beobachtung entlassen 9 (8 M. 1 Fr.). Gestorben 80 (39 M. 41 Fr.) = 5,53 % der Verpflegten. — Im Bewahrhause waren untergebracht 58 Kr., davon 1 zur Beobachtung. Aufgenommen 27 und 1 aus der Zentralanstalt. Insgesamt verpflegt also 86 Kr. Von den Aufgenommenen kamen aus Strafanstalten und Gefängnissen 16. Nach der Zentralanstalt zurückverlegt wurden 4, nach anderen Anstalten verbracht 7, zur Strafanstalt bzw. Gefängnis wieder zurückgeführt 8. Entlassen 8 Bleibt Bestand 27.

Marsberg, St. Johannisstift: (Nach Belegung der Neubauten Platz für 680 — 400 m. 280 w.). Anfangsbestand 570. Zugang 65 (33 m. 32 w.), davon unter 5 Jahre alt 3, 5—10 Jahre 36, 10—15 Jahre 24, 15—20 Jahre 2. Abgang 55 (25 m. 30 w.). Bleibt Bestand 580. Entlassen gebessert 20 (10 m. 10 w.), ungeheilt 5 (4 m. 1 w.), davon nach anderen Anstalten verbracht 3. Gestorben sind 30 (11 m. 19 w.) = 4,72 % der Verpflegten. Der weitere Ausbau der Familienpflege unterblieb infolge der Kriegsverhältnisse. — Ein Lazarett des Roten Kreuzes für 80 Verwundete wurde im Werkstättengebäude eingerichtet. Verpflegt wurden vom Oktober bis zum 1. April 1915 = 128 Verwundete. Der von der Provinz und den einzelnen Heilanstalten gebildete Unterstützungsfonds für entlassene hilfsbedürftige Geisteskranke verfügte einschließlich der laufenden Einnahmen über ein Gesamtvermögen von 39 409,13 M. Ausgegeben wurden für Unterstützungen 6419,63 M.

Hildesheim (22): Anfangsbestand 703 (409 M. 294 Fr.). Zugang 329 (199 M. 130 Fr.). Abgang 345 (193 M. 152 Fr.). Bleibt Bestand 687 (415 M. 272 Fr.).



Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 237 (121 M. 116 Fr.), Paralyse 46 (43 M. 3 Fr.), Imbezillität, Idiotie 17 (15 M. 2 Fr.), Hysterie und Epilepsie 19 (12 M. 7 Fr.), Alkoholismus (und Morphium) 7 M. Zur Beobachtung 3 (1 M. 2 Fr.). Als Krankheitsursachen beschuldigt Vererbung bei 45 (23 M. 22 Fr.), Trunksucht 19 M., Syphilis 28 (26 M. 2 Fr.), Mobilisation, Kriegszustand, Verwundung im Kriege 19 M. 1 Fr., Unfall 4 (3 M. 1 Fr.). Aktive Soldaten aufgenommen 44, Kriegsgefangene 12, Flüchtlinge 1 M. 2 Fr. Entlassen geheilt 36 (15 M. 21 Fr.), gebessert 63 (33 M. 30 Fr.), ungeheilt 29 (22 M. 7 Fr.), nach anderen Anstalten verbracht 102 (38 M. 64 Fr.); nicht geisteskrank 5 M. 1 Fr. Gestorben 109 (80 M. 29 Fr.), davon infolge Paralyse 48, Lungenentzündung 17, Tuberkulose und Lungenschwindsucht 5, im Status epil. 5, Gehirnblutung 4, Herzleiden 11, Altersschwäche 7.

Göttingen (17): Anfangsbestand 546 (371 M. 175 Fr). Zugang 283 (167 M. 116 Fr.). Abgang 319 (190 M. 129 Fr.). Bleibt Bestand 510 (348 M. 162 Fr.), davon in Familienpflege 68 (48 M. 20 Fr.). Unter den Aufnahmen häufen sich die kriminellen Fälle immer mehr. Zur Beobachtung aufgenommen nur 7 M. 3 Fr. Entlassen geheilt 4 M. 2 Fr., gebessert 115 (67 M. 48 Fr.), ungeheilt 126 (69 M, 57 Fr.), davon nach anderen Anstalten überführt 54 (28 M. 26 Fr.); nicht geisteskrank 2 M. 4 Fr. — Mit Kriegsbeginn 100 Betten für Leichtverwundete und Erkrankte, darunter höchstens 50 geisteskranke Soldaten, der Militärbehörde zur Verfügung gestellt. Erste Belegung mit Verwundeten schon im August; höchster Stand im Oktober mit 100, davon viele Franzosen. Am Schluß des Berichtsjahres noch in der Anstalt 23 geisteskranke Soldaten (13 Deutsche, 7 Franzosen, 2 Russen, 1 Engländer).

Osnabrück (39): Anfangsbestand 396 (193 M. 203 Fr.). Zugang 201 (114 M. 87 Fr.). Abgang 221 (107 M. 114 Fr.). Bleibt Bestand 376 (200 M. 176 Fr.). Zur Beobachtung aufgenommen nach § 81 Str.-P.-O. 4 M., davon geisteskrank 1. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gewesen 16 M. 1 Fr. Entlassen geheilt 36 (17 M. 19 Fr.), gebessert 55 (32 M. 23 Fr.), ungeheilt 96 (32 M. 64 Fr.), davon nach anderen Anstalten 25 M. 62 Fr.; nicht geisteskrank 2 M. Gestorben 32 (24 M. 8 Fr.) = 5,36 % der Verpflegten, Tuberkulose als Todesursache bei 2 M. 1 Fr. — Mit Kriegsbeginn wurde das ehemalige Gertrudenkloster (bislang mit Frauen belegt) als Vereinslazarett zur Verfügung gestellt, und zwar mit 70 Betten. Erste Belegung im Januar 1915 mit 40 Verw., höchste Belegung 77.

Lüneburg (33): Anfangsbestand 976 (532 M. 444 Fr.). Zugang 248 (126 M. 122 Fr.). Abgang 236 (123 M. 113 Fr.). Bleibt Bestand 988 (535 M. 453 Fr.). Zur Beobachtung aufgenommen 15 M. 2 Fr., davon 13 M. 1 Fr. nach § 81 Str.-P.-O.; von den Beobachteten geisteskrank 7 M., zurechnungsfähig 6 M. 1 Fr. Entlassen geheilt 20 (8 M. 12 Fr.), gebessert 66 (43 M. 23 Fr.), ungeheilt 68 (31 M. 37 Fr.), davon nach anderen Anstalten verbracht 33 (12 M. 21 Fr.); nicht geisteskrank 11 (9 M. 1 Fr.). Gestorben sind 71 (32 M. 39 Fr.). In der landwirtschaftlichen Kolonie Brockwinkel wurden Trinker versuchsweise untergebracht; aufgenommen 13, entlassen 2. Blieb Bestand 11 Trinker. — Zur Fahne einberufen 58 Beamte und Angestellte. Zur Einrichtung eines Reservelazarettes wurden vier Häuser geräumt. Vom September ab war das Lazarett in der Folge dauernd, bald vollständig, bald



teilweise belegt. — Reingewinn aus dem landwirtschaftlichen Betrieb: 91 764,98 M. bei einer Gesamteinnahme von 280 911,13 M.

Langenhagen (28): Gesamtanfangsbestand 991 (578 m. 413 w.). Zugang 563 (352 m. 211 w.). Abgang 562 (360 m. 202 w.). Schlußbestand 992 (570 m. 422 w.; davon entfallen auf die

Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt für Geistesschwache: Anfangsbestand 836 (442 m. 394 w.). Zugang 101 (59 m. 42 w.). Abgang 111 (87 m. 24 w.). Bleibt Bestand 826 (414 m. 412 w.). Entlassen sind 72 (63 m. 9 w.). Gestorben 39 (24 m. 15 w.) = 4,64 % der Verpflegten (i. Vorj. 4,18 %), Todesursache: Tuberkulose bei 15.

Filiale Himmelsthür: Anfangsbestand 122 w. Aufgenommen 48. Abgang 20. Bleibt Bestand 149. Bestand der Epileptischen anfangs 12, zum Schluß 2. Gestorben 20.

Beobachtungsstation für Geisteskranke: Aufgenommen im Berichtsjahre 414 (245 M. 169 Fr.), davon aus Hannover-Linden (Stadt) 386 (228 M. 158 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 247 (112 M. 135 Fr.), Paralyse 56 (48 M. 8 Fr.), Epilepsie 23 (17 M. 6 Fr.), Idiotie, Imbezillität 15 (8 M. 7 Fr.), Alkoholdelirium 53 (49 M. 4 Fr.), Hysterie 9 (2 M. 7 Fr.); nicht geisteskrank 3; zur Beobachtung 3. Als Krankheitsursachen anzunehmen Alkohol bei 70 (60 M. 10 Fr.), Lues 38 (34 M. 4 Fr.), Trauma 9 (8 M. 1 Fr.), Haft 6 M., Heredität 98 (53 M. 45 Fr.). Polizeilich eingeliefert 23 M. 12 Fr. In eine Anstalt überführt 192 (112 M. 80 Fr.). Gestorben 18 M. 7 Fr. Kurz nach Kriegsbeginn wurde ein Vereinslazarett mit 100 Betten errichtet. Verkehr verwundeter und erkrankter Heeresangehöriger im Berichtsjahre zirka 500 M. Weiterhin Korpslazarett für alle nervös und psychisch Erkrankten aus dem Korpsbezirk.

Neustadt i. Holstein (37): Anfangsbestand 1118 (664 M. 454 Fr.). Zugang 234 (121 M. 113 Fr.). Abgang 221 (127 M. 94 Fr.). Bleibt Bestand 1131 (658 M. 473 Fr.), davon in Familienpflege 100 (36 M. 64 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 131 (50 M. 81 Fr.), paralytischer 32 (25 M. 7 Fr.), Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 29 (13 M. 16 Fr.), Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 12 (8 M. 4 Fr.), Hysterie, Chorea je 1 Fr., Alkoholismus 21 (19 M. 2 Fr.), Morphinismus 1 Fr. Zur Beobachtung aufgenommen 5 M., nicht geisteskrank 1 M. Vom Zugang vorbestraft 22 M. = 18,3 %, 1 Fr. = 0,9 %, unruhige 24 M. 31 Fr. = 20 und 27,4 %, unreine 7 M. 8 Fr. = 5,9 und 7 %, Erblichkeit bei 16 M. = 13,2 %, 14 Fr. = 12,4 %, Trunksucht 25 M. = 20 %, 2 Fr. = 1,6 %. Prozentsatz der kriminellen männl. Kr. ganz erheblich gesunken (i. Vorj. 29,4 % m. 7 % w.). Im festen Haus untergebracht 55, davon Neuaufnahmen 14. Zur Beobachtung auf Grund § 81 Str.-P.-O. aufgenommen 3 M., sämtlich zurechnungsfähig. Beobachtung der Strafvollzugsfähigkeit 2 M., davon 1 wieder zurückgeschickt. Im Strafvollzug zur Nachbeobachtung 14 M. den Irrenabteilungen überwiesen. Entlassen geheilt 13 (3 M. 10 Fr.), gebessert 59 (36 M. 23 Fr.), ungeheilt 132 (78 M. 54 Fr.), davon nach anderen Anstalten überwiesen 20 (15 M. 5 Fr.); nicht geisteskrank 6 (5 M. 1 Fr.). Gestorben 89 (49 M. 40 Fr.), davon an Lungentuberkulose 10 (4 M. 6 Fr.), Paralyse 12 (11 M. 1 Fr.), Epilepsie 6 (4 M. 2 Fr.). An Fällen tuberkulöser



Art erkrankt 15 (8 M. 7 Fr.). Zur Mobilmachung für pyschisch erkrankte Militärpersonen bereitgestellt 30 Pl. — Gesamtausgabe: 705 370,77 M.

Schleswig (Stadtfeld) (47): Anfangsbestand 1204 (576 M. 628 Fr.). Zugang 323 (172 M. 151 Fr.). Abgang 355 (161 M. 194 Fr.). Bleibt Bestand 1172 (587 M. 585 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 256 (123 M. 133 Fr.), paralytischer Seelenstörung 22 (19 M. 3 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 11 (6 M. 5 Fr.), Imbezillität, Iiotie 25 (15 M. 10 Fr.), Delirium pot. 5 M.; nicht geisteskrank 4 M. Wahrscheinliche Krankeitsursachen: Familienanlage bei 113 (55 M. 58 Fr.), deprimierende Gemütsaffekte 32 (17 M. 15 Fr.), Trauma 3 M., Senium 4 M. 2 Fr., Lues 13 (12 M. 1 Fr.), Alkoholismus 15 (14 M. 1 Fr.) (i. Vorj. 22), fieberhafte Erkrankung 1 M. 1 Fr., Wochenbett, Schwangerschaft 7 Fr., Klimakterium 2 Fr., unbekannte Ursachen bei 126 (62 M. 4 Fr.). Wahrscheinlich heilbar 78 (40 M. 38 Fr.), unheilbar 77 (42 M. 35 Fr.), entschieden unheilbar 164 (86 M. 78 Fr.). Zur Beobachtung überwiesen von Zivilbehörden 7 M. 1 Fr., Militärbehörden 3 M. 1 Dame privatim. Entlassen geheilt 44 (18 M. 26 Fr.), gebessert 91 (40 M. 51 Fr.), ungeheilt 84 (41 M. 43 Fr.), davon nach Privatanstalten 45 (16 M. 29 Fr.). Gestorben 132 (58 M. 74 Fr.), davon an Lungentuberkulose 12 (6 M. 6 Fr.), daran behandelt außerdem 7 (2 M. 5 Fr.). Hohe Todeszahl auf der Frauenseite (78, i. Vorj. 48), bedingt durch viele ältere Schwächezustände. — In dem großen, für 150 Frauen bestimmten Neubau wurde ein Kriegslazarett errichtet. — Gesamtausgabe: 948 937,22 M.

Die Provinzialanstalten der Rheinprovinz (41) hatten einen Anfangsbestand von 7662. Zugang 4273. Abgang 4324, davon an andere Provinzialanstalten überwiesen 182, an andere Privatanstalten 421. Gesamtschlußbestand 7611 P. Auf die einzelnen Provinzialanstalten verteilt sich die Krankenbewegung folgendermaßen:

Andernach: Anfangsbestand 541 (283 M. 258 Fr.). Zugang 469 (318 M. 151 Fr.). Abgang 427 (289 M. 138 Fr.). Bleibt Bestand 583 (312 M. 271 Fr.).

Bedburg-Hau: Anfangsbestand 1841 (1000 M. 841 Fr.). Zugang 480 (283 M. 197 Fr.). Abgang 442 (249 M. 193 Fr.). Bleibt Bestand 1879 (1034 M. 845 Fr.).

Bonn: Anfangsbestand 910 (451 M. 459 Fr.). Zugang 925 (547 M. 378 Fr.). Abgang 870 (508 M. 362 Fr.). Bleibt Bestand 956 (490 M. 475 Fr.).

Düren: Anfangsbestand 706 (382 M. 324 Fr.). Zugang 354 (262 M. 92 Fr.). Abgang 314 (219 M. 95 Fr.). Bleibt Bestand 746 (425 M. 321 Fr.).

Galkhausen: Anfangsbestand 876 (426 M. 450 Fr.). Zugang 482 (261 M. 221 Fr.). Abgang 519 (264 M. 255 Fr.). Bleibt Bestand 839 (423 M. 416 Fr.).

Grafenberg: Anfangsbestand 882 (508 M. 374 Fr.). Zugang 726 (419 M. 307 Fr.). Abgang 792 (463 M. 329 Fr.). Bleibt Bestand 816 (464 M. 352 Fr.).

Johannistal: Anfangsbestand 1062 (614 M. 488 Fr.). Zugang 453 (299 M. 154 Fr.). Abgang 597 (400 M. 197 Fr.). Bleibt Bestand 918 (513 M. 405 Fr.).

Merzig: Anfangsbestand 783 (399 M. 384 Fr.). Zugang 372 (238 M. 134 Fr.). Abgang 344 (216 M. 228 Fr.). Bleibt Bestand 811 (421 M. 390 Fr.).

Brauweiler: Anfangsbestand 61 M. Zugang 12. Abgang 19. Bleibt Bestand 54.



Vom Gesamtzugang litten an einfacher Seelenstörung 2779 (1506 M. 1273 Fr.), paralytischer Seelenstörung 409 (313 M. 96 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 394 (295 M. 99 Fr.), Epilepsie o. S. 108 (81 M. 27 Fr.), Idiotie, Imbezillität, Kretinismus 223 (123 M. 100 Fr.), Alkoholismus 180 (162 M. 18 Fr.); nicht geisteskrank 180 (159 M. 21 Fr.). Unter den Ursachen zur Erkrankung bestand vererbte Anlage bei 1016 (500 M. 516 Fr.) = 23,8 % der Aufgenommenen (i. Vorj. 1166 = 26,8 %), Mißbrauch geistiger Getränke von Krankheitsausbruch in 597 Fällen (482 M. 115 Fr.) = 13,9 % (i. Vorj. 9,3 %). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 352 (317 M. 35 Fr.) = 8,2 % (i. Vorj. 9,3 %). Unmittelbar aus Strafhaft eingeliefert im Laufe des Berichtsjahres 161 (in den Jahren 1907 = 298 P., 1908 = 300, 1909 = 247, 1910 = 191, 1911 = 166, 1912 = 223, 1913 = 211). In den drei Bewahrhäusern waren infolge Personalmangel (Krieg) nicht alle Plätze besetzt. Von den Verpflegten geheilt und gebessert entlassen in Andernach 19,3 % bei 46,4 % der Aufnahmen; Bedburg-Hau 7,3 % : 20,6 %; Bonn 21 % : 50 %; Düren 7,66 % : 33 %; Galkhausen 23,2 % : 36 %; Grafenberg 20,5 % : 44,3 %, Johannistal 16,3 % : 29,9 %; Merzig 13,3 % : 32,2 %; Brauweiler 8,2 % : 16,4 %. Auch in diesem Jahre zeigt sich, daß der größte Prozentsatz an Heilungen und Besserungen auf die Anstalten mit den höchsten Aufnahmeprozenten kommt. Selbstmordfälle mit tödlichem Ausgang 9 (8 M. 1 Fr.). Entweichungen 91. Von den in den Anstalten Verpflegten litten an Tuberkulose 152 (62 M. 90 Fr.) = 1,3 % gegen 1,5 % im Vorjahre. Höchster Prozentsatz in Merzig mit 2,4 %, geringster in Galkhausen mit 0,2 % (i. Vorj. 0,3 %). Von den Tuberkulösen und der Tuberkulose Verdächtigen, i. S. 218 (92 M. 126 Fr.) starben 108 (50 M. 58 Fr.) = 0,9 % der Verpflegten. Insgesamt sind gestorben von den 11 910 in den 9 Anstalten Verpflegten (6763 M. 5147 Fr.) 1003 P. = 8,4 % (i. Vorj. 7 %); mehr an Todesfällen demnach 1,4 %. Im Verhältnis zu den Verpflegten kommen auf Andernach 7,1 %, Bedburg-Hau 7,8 %, Bonn 8,8 %, Düren 6,6 %, Galkhausen 10,8 %, Grafenberg 11 %, Johannistal 5,9 %, Merzig 7,7 %. Höchster Prozentsatz hiernach Grafenberg und Galkhausen, woselbst die Todesfälle Paralytischer 34,2 bzw. 25,8 % betrugen. Insgesamt hatten an fortschreitender Paralyse gelitten 231 (167 M. 64 Fr.) = 23 % (mehr als im Vorj. 0,9 %). Typhus wurde wahrscheinlich durch aufgenommene verwundete und kranke Soldaten eingeschleppt. In Andernach, Düren, Galkhausen, Johannistal gelang es, durch Isolierung der Erkrankten und Verdächtigen die Insassen der Anstalten vor Ansteckung zu bewahren. In Bedburg-Hau aber kam es zu größerer epidemischer Ausbreitung. Dort erkrankten 33 P. (auf der Frauenseite zuerst), darunter 8 Pfleger und 1 Pflegerin. 8 Geisteskranke starben. — Der Krieg stellte große Anforderungen an die Anstalten. Zur Aufnahme verwundeter und körperlich kranker Soldaten wurden zunächst zur Verfügung gehalten in Andernach 70 Betten, Bedburg-Hau 800, Düren 150, Galkhausen 250, Grafenberg 200, Johannistal 250, Merzig 140. Die Anstalt Bonn blieb zur Aufnahme geisteskranker Heeresangehöriger aus dem Festungsbereich zur Verfügung. Die Verpflegungssätze wurden auf 2 M. bis 2,50 M. pro Tag bemessen. Im Berichtsjahre waren insgesamt aufgenommen: verwundete und körperlich kranke Soldaten 6871 Mann, geisteskranke 617 Mann und 21 geisteskranke Kriegsgefan-

gene. Gestorben sind 15 Mann; am Schlusse des Jahres waren in den Anstalten noch 278 Mann. Gesamtausgabe: 5 774 538,59 M., davon an den Baufonds 53 236,62 M.

Eichberg (12): Anfangsbestand 708 (375 M. 333 Fr.). Zugang 205 (115 M. 90 Fr.). Abgang 198 (103 M. 95 Fr.). Bleibt Bestand 715 (387 M. 328 Fr.), davon in Familienpflege 81 (29 M. 52 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 147 (73 M. 74 Fr.), paralytischer Seelenstörung 21 (18 M. 3 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 9 (8 M. 1 Fr.), Imbezillität, Idiotie 13 (6 M. 7 Fr.), Alkoholismus 8 M.; von psychopathischer Konstitution waren 4 (1 M. 3 Fr.), nicht geisteskrank 1 M. 1 Fr. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 3 Monaten bei 59 (32 M. 27 Fr.), 3—6 Monate 38 (25 M. 13 Fr.), mehr als 6 Monate 95 (51 M. 44 Fr.), Dauer unbekannt bei 11 (6 M. 5 Fr.). Erbliche Belastung nachweisbar: durch Nerven- und Geisteskranke bei M. in 30, Fr. in 26 Fällen, durch Alkoholismus der Eltern bei M. in 12, Fr. in 6 Fällen. Früherer Alkoholmißbrauch zugegeben in 20 Fällen. Als Krankheitsursachen angegeben erbliche Belastung bei 56 (30 M. 26 Fr.), Alkoholmißbrauch 20 M., Syphilis 17 (12 M. 5 Fr.), Arteriosklerose 5 (4 M. 1 Fr.), Senium 9 (4 M. 5 Fr.), Epilepsie 7 (6 M. 1 Fr.), Kummer und Sorgen 9 (3 M. 6 Fr.), Puerperium 1 Fr. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 46 (40 M. 6 Fr.); auf Grund Gerichtsbeschlusses zur Beobachtung eingewiesen 3 P. Entlassen genesen 10 (6 M. 4 Fr.), gebessert 74 (36 M. 38 Fr.), ungebessert 57 (29 M. 28 Fr.), nicht geisteskrank 6 (4 M. 2 Fr.). Gestorben 51 (28 M. 23 Fr.), davon infolge Altersschwäche 13 (6 M. 7 Fr.), Paralyse 7 (3 M. 4 Fr.); im status epilepticus 1 M., an Herz- und Arterienverkalkung 2 M., Gehirnlähmung 2, Lungenentzündung 14 (9 M. 5 Fr.), Lungentuberkulose 6 (2 M. 4 Fr.), Krebs 3, Magengeschwür, Darmverschlingung je 1 P.

Herborn (20): Anfangsbestand 448 (234 M. 214 Fr.), Zugang 203 (111 M. 92 Fr.), davon aus anderen Anstalten 151 (80 M. 71 Fr.). Abgang 142 (91 M. 51 Fr.). Bleibt Bestand 509 (254 M. 255 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 120 (60 M. 60 Fr.), paralytischer Seelenstörung 22 (12 M. 10 Fr.), Imbezillität, Idiotie 20 (13 M. 7 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 6 (4 M. 2 Fr.), Hysterie 10 Fr., Alkoholismus 22 (19 M. 3 Fr.); nicht geisteskrank, zur Beobachtung 3 M. Vor Aufnahme krank waren bis zu 3 Monaten 12 (8 M. 4 Fr.), 3—6 Monate 15 (3 M. 12 Fr.), mehr als 6 Monate 148 (87 M. 61 Fr.), Krankheitsdauer unbekannt bei 25 (10 M. 15 Fr.). Als Krankheitsursache angegeben erbliche Belastung bei 118 (65 M. 53 Fr.), Alkoholmißbrauch 22 (19 M. 3 Fr.), Syphilis 19 (10 M. 9 Fr.), Pubertät 6 (5 M. 1 Fr.), Senium 14 (6 M. 8 Fr.), Puerperium, Laktation 3 Fr., Arterienverkalkung 4 M., Haft 7 (3 M. 4 Fr.), Unfall 16 (6 M. 10 Fr.), psychische Ursachen 30 (18 M. 12 Fr.). Erbliche Belastung nachweisbar bei 41 M. 31 Fr., Belastung durch Alkoholismus der Eltern 20 (16 M. 4 Fr.). Von den Aufgenommenen haben Alkoholmißbrauch zugegeben 22 P. An erster Stelle steht wiederum erbliche Belastung, an zweiter Alkohol, an dritter psychische Ursachen, an vierter Syphilis, alsdann Geistesstörung infolge Unfall und endlich solche durch Rückbildungen des Greisenalters. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen 56 M. = etwa die Hälfte der Aufgenommenen, und 14 Fr. Entlassen genesen 3 (2 M. 1 Fr.), gebessert 42 (30 M.



12 Fr.), ungebessert 30 (25 M. 5 Fr.); nicht geisteskrank 4 P. Gestorben 63 (30 M. 33 Fr.), ein Viertel davon über 70 Jahre alt. Todesursachen: Altersschwäche bei 10 (2 M. 8 Fr.), Paralyse 36 (20 M. 16 Fr.), Lungenentzündung 3 (2 M. 1 Fr.), Rippenfellentzündung 1 Fr., Nierenerkrankung. 1 M., Arterienverkalkung und Herzklappenerkrankung 7 (3 M. 4 Fr.), Tuberkulose 5 (2 M. 3 Fr.). Die hohe Zahl der an fortschreitender Irrenlähmung Verstorbenen ist erklärlich durch die hohe Zahl der aus Frankfurt zugeführten Paralytiker. — Mit Kriegsbeginn wurden Kurse zur Ausbildung von Helferinnen für das Rote Kreuz abgehalten.

Weilmünster (59). Anfangsbestand 912 (454 M. 458 Fr.). Zugang 170 (104 M. 66 Fr.). Abgang 142 (88 M. 54 Fr.) Bleibt Bestand 941 (470 M. 471 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 102 (56 M. 46 Fr.), paralytischer Seelenstörung 11 (7 M. 4 Fr.), Epilepsie mit Seelenstörung 9 (4 M. 5 Fr.), Hysterie 5 (1 M. 4 Fr.), Imbezillität, Idiotie 22 (15 M. 7 Fr.), Alkoholismus 21 (20 M. 1 Fr.); nicht geisteskrank 1 M. Aus der städt. Irrenanstalt kamen 65 (32 M. 33 Fr.), aus Gefängnissen 4 M., aus Militärlazaretten und Kriegsgefangenenlagern 11 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme unter 3 Monaten 41 (28 M. 13 Fr.), 3—6 Monate 10 (4 M. 6 Fr.), über 6 Monate 119 (71 M. 48 Fr.). Erbliche Belastung der Aufgenommenen bei 57 M. 40 Fr. = 54 und 66 % der Aufnahmen, davon durch Trunksucht 41. Alkoholmißbrauch bei 33 M. 3 Fr.; unter den sonstigen Krankheitsursachen Syphilis bei 9 M. 3 Fr., Verletzungen, besonders des Kopfes 7 M. 3 Fr., Haft 9 M., Aufregungen infolge des Krieges 18 M. 5 Fr. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen 47 M. = 45 % u. 4 W. Zur Beobachtung gerichtsseitig überwiesen 2 M., einer geisteskrank, der andere straffällig. Entlassen geheilt 12 (10 M. 2 Fr.), gebessert 41 (30 M. 11 Fr.), ungeheilt 10 (6 M. 4 Fr.). Gestorben 78 (41 M. 37 Fr.), davon infolge Lungentuberkulose 17 (9 M. 8 Fr.), sonstigen tuberkulösen Erkrankungen 5 (3 M. 2 Fr.), im parayltischen und epileptischen Anfall 4 (2 M. 2 Fr.), sonstigen Hirnkrankheiten 3 Fr., Herzerkrankungen 7 (2 M. 5 Fr.), Altersschwäche 12 (4 M. 8 Fr.), allgem. Kräfteverfall 9 (8 M. 1 Fr.). Gesamtziffer der Sterblichkeit 7 % der Krankenzahl.

Wehnen (56): Anfangsbestand 325 (177 m. 148 w.). Zugang 131 (61 m. 70 w.). Abgang 127 (63 m. 64 w.). Bleibt Bestand 329 (175 m. 154 w.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: Imbezillität 4 (3 m. 1 w.), Dementia paralytica 10 (9 m. 1 w.), Dementia arteriosclerotica 1 w., alkoholistische Formen 5 (3 m. 2 w.), Epilepsie 6 (4 m. 2 w.), Hysterie 1 w., infektiöses und toxisches Irresein 3 (2 m. 1 w.), Dementia praecox 42 (21 m. 21 w.), manisch-depressives Irresein 41 (9 m. 32 w.), seniles Irresein 7 (2 m. 5 w.), psychopathische Persönlichkeiten 11 (9 m. 2 w.). Zur Beobachtung nach § 81 Str.-P.-O. aufgenommen 5 P., davon minderwertig 1, minderwertig und chronisch alkoholistisch 3, epileptisch 1. Entlassen geheilt 36 (13 m. 23 w.) = 4 % des Bestandes, 7,89 % des Zugangs. Ungeheilt entlassen 26 (9 m. 17 w.), gebessert 18 (11 m. 7 w.). Gestorben 39 (22 m. 17 w.), davon infolge Schwindsucht 4 (7 Erkrankungen), Paratyphus 1. Paratyphuserkrankungen 16 der Insassen, 2 des Personals. Täglich beschäftigt 42,9 m. 61,8 w. — Gesamtausgabe: 383 415,34 M.

Gehlsheim (16): Anfangsbestand 347 (185 M. 162 Fr.). Zugang 245 (146 M. 99 Fr.). Abgang 269 (170 M. 99 Fr.). Bleibt Bestand 323 (161 M. 162 Fr.).



Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 171 (87 M. 84 Fr.), an paralytischer Seelenstörung 9 M., Seelenstörung mit Epilepsie 16 (11 M. 5 Fr.), Idiotismus, Kretinismus 13 (10 M. 3 Fr.), Delir. potat. 11 M.; nicht geisteskrank 25 (7 M. 25 Fr.). Zur Beobachtung aufgenommen 17 (16 M. 1 Fr.), davon „nicht geisteskrank" 6 M. 1 Fr. Entlassen als genesen 26 (21 M. 5 Fr.), gebessert 64 (29 M. 35 Fr.), ungeheilt 119 (81 M. 38 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat 48 (29 M. 19 Fr.), 2—3 Monate 25 (15 M. 10 Fr.), 4—6 Monate 10 (6 M. 4 Fr.), 7—12 Monate 5 (3 M. 2 Fr.), im zweiten Jahre 12 (7 M. 5 Fr.), über 2 Jahre 96 (64 M. 32 Fr.), unbestimmte Zeit 13 (7 M. 3 Fr.). Gestorben 38 (23 M. 15 Fr.) = 14,1 % des Gesamtabgangs, 11,6 % des Durchschnittsbestandes; Tuberkulose-Sterbefälle 5,3 % der Sterbezahl, Todesfälle an Gehirn- und Nervenkrankheiten 10 (5 M. 5 Fr.), Selbstmord 1. — Gesamtausgabe: 312 203,48 M.

Sachsenberg (46): Anfangsbestand 601 (292 M. 309 Fr.). Zugang 228 (134 M. 94 Fr.). Abgang 161 (77 M. 84 Fr.). Bleibt Bestand 668 (349 M. 319 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 173 (94 M. 79 Fr.), paralytischer Seelenstörung 11 (9 M. 2 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie 23 (20 M. 3 Fr.), an Delirium potat. —, Idiotismus, Kretinismus 20 (10 M. 10 Fr.); nicht geisteskrank 1 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat 35 (16 M. 19 Fr.), 2—3 Monate 16 (5 M. 11 Fr.), 4—6 Monate 1 Fr., 7—12 Monate 10 (2 M. 8 Fr.), im zweiten Jahre 11 (8 M. 3 Fr.), über 2 Jahre 106 (69 M. 37 Fr.), Krankheitsdauer unbestimmt bei 48 (33 M. 15 Fr.). Erblich belastet 60 (30 M. 30 Fr.). Genesen 22 (13 M. 9 Fr.), gebessert 32 (17 M. 15 Fr.), ungeheilt entlassen 41 (15 M. 26 Fr.). Gestorben 65 (31 M. 34 Fr.) = 40,63 % des Gesamtabgangs, 10,16 % des Gesamtdurchschnittsbestandes; Sterbefälle an Tuberkulose 9,23 % aller Sterbefälle, 0,9 % des Durchschnittsbestandes. 2 Selbstmorde. — Gesamtausgabe: 499 575,15 M., Baukosten besonders: 19 692,18 M.

Lewenberg (29): Anfangsbestand 260 (147 M. 113 w.) Zugang 23 (14 m. 9 w.). Abgang 23 (13 m. 10 w.). Bleibt Bestand 260 (148 m. 112 w.). Vom Bestande litten an Krampfanfällen bzw. waren Epileptische 80 (45 m. 35 w.) = 33,75 %. Von den Aufgenommenen waren erblich belastet von seiten des Vaters 5, von der Mutter 5, von beiden Eltern 1, sonstige familiäre Anlage 1. Ferner sind als Krankheitsursachen anzusehen Erkrankung des Gehirns und seiner Häute, des Rückenmarks bei 2. Entlassen gebessert 6 = 25 % des Abgangs (Vorj. 31,82 %) = 2,53 % der Verpflegten (2,48 %), nicht gebessert 6 = 25 % (40,91 %) des Abgangs = 2,53 % (3,19 %) der Verpflegten. Gestorben sind 12 = 50 % (27,27 %) des Abgangs = 5,06 % (2,13 %) der Verpflegten. An Tuberkulose starben 4. Unterrichtet wurden 89 = 34,23 % der Verpflegten. Ständig beschäftigt 21 m. 25 w.

Roda, Genesungshaus (43): Anfangsbestand 459 (243 m. 216 w.). Zugang 160 (79 m. 81 w.). Abgang 159 (84 m. 75 w.). Bleibt Bestand 460 (238 m. 222 w.), davon in Familienpflege 38 (16 m. 22 w.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 120 (53 m. 67 w.), paralytischer Seelenstörung 18 (13 m. 5 w.), Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 7 (4 m. 3 w.), Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 6 (2 m. 4 w.), Hysterie 3 (2 m. 1 w.), anderen Krankheiten des Nervensystems 1 Fr., Alkoholismus 5 M. Als Krankheitsursachen angesehen angeborene somati-



sche Affektionen bei 7 (4 m. 3 w.), erbliche und familiäre 11 (8 m. 3 w.), psychische Affektionen bei 28 (12 m. 16 w.). Rückfall 33 (13 m. 20 w.). Entlassen geheilt 30 (19 m. 17 w.), gebessert 58 (30 m. 28 w.), ungeheilt 24 (13 m. 11 w.). Gestorben 41 (22 m. 19 w.), davon infolge Marasmus 9 (2 m. 7 w.), Hirnkrankheiten 4 (2 m. 2 w.), epileptischer Anfall 1 w., Lungenentzündung 12 (11 m. 1 w.), Lungentuberkulose 3 (1 m. 2 w.), Lungenembolie, Suffokation 4 (2 M. 2 Fr.), Herzleiden 2 (1 M. 1 Fr.), Sepsis, Magenkrebs, Darmkatarrh, Schrumpfniere 4 M. In der Heilanstalt für heilbare Körperkranke wurden behandelt 222 Kr., davon geheilt entlassen 122 = 54,96 %, es verstarben 10 = 4,5 %.

Roda, Martinshaus (44): Anfangsbestand 95 (54 m. 41 w.). Zugang 11 (9 m. 2 w.). Abgang 18 (14 m. 4 w.). Bleibt Bestand 88 (49 m. 39 w.). Verpflegt durchschnittlich 1 Jahr = 90,97 Pfleglinge. Von den Verpflegten (106 Kinder) waren belastet mit Epilepsie (allein) 16 (12 Kn. 4 Md.), Chorea 3 Kn., Lähmungen der Hirnnerven 14 (8 m. 6 w.), der Gliedmaßen 8 (3 m. 5 w.), an Epilepsie mit Lähmungen 2. Erbliche Disposition der Eltern und nächsten Verwandten zu Geistes- und Nervenkrankheiten bei 48 (30 m. 18 w.), Alkoholismus 24 (11 m. 13 w.), Syphilis 4 (2 m. 2 w.), Tuberkulose 10 (5 m. 5 w.). Gestorben 1 Kind an Entkräftung. Schulbesuch von 83 (52 Kn. 31 Md.), davon mit Erfolg 55 (32 Kn. 23 Md.).

Hessen, Hilfsverein (21): Die Gesamteinnahme betrug 52 186,96 M., Gesamtausgabe 47039,06 M.; davon wurden verwandt für in Anstalten befindliche Pfleglinge 512,12 M., bei der Entlassung an 30 Pers. 249,90 M., nach der Entlassung an 105 Pers. 6585,78 M., gezahlt an Angehörige von 76 Pflegl. 5906 M., für 9 psychisch Nervöse 1241 M., für Familienpfleglinge 10 426,18 M. Die Verwaltungskosten betrugen 3467,98 M.

Mariaberg (34): Am 1. Juli 1914 waren untergebracht 178 (128 m. 50 w.). Eingetreten sind 12 (10 m. 2 w.), somit verpflegt 190. Ausgetreten sind 7 (5 m. 2 w.). Gestorben 1 m. 2 w. Mithin Stand am 1. Juli 1915 = 180. Am Schulunterricht nahmen teil 60. Arbeitsfähige Erwachsene waren vorhanden 63. Bildungs- und arbeitsunfähige Zöglinge 57. Gesundheitszustand außergewöhnlich günstig. Einer der Todesfälle betraf 78jährigen Insassen, nach 40 jährigem Aufenthalt der Anstalt: Altersschwäche. — Gesamtausgabe: 102 862,17 M.

Nach dem vom Großherzoglichen Ministerium des Innern mitgeteilten Bericht über die Badischen Irrenanstalten (2) für 1913 und 1914 war:

In der Psychiatrischen Klinik d. U. Heidelberg ein Anfangsbestand von 144 (83 M. 61 Fr.). Zugang 798 (468 M. 330 Fr.). Abgang 812 (489 M. 323 Fr.). Bleibt Bestand für 1914: 130 (62 M. 68 Fr.). Zugang 704 (428 M. 276 Fr.). Abgang 698 (425 M. 273 Fr.). Bleibt Schlußbestand 136 (65 M. 71 Fr.). Die poliklinischen Sprechstunden besuchten 1913 = 443 (213 m. 24 w.) 1914 bis Ende Juli — mit Kriegsbeginn fielen die Sprechstunden aus — 256 (142 M. 114 Fr.); Aufnahme in der Klinik fanden 24 und 20 Pers. Vom Zugang in der Klinik in den beiden Berichtsjahren (erste Aufnahmen 598 und 551) litten an Erkrankungen mit manisch-depressiven Formen 92 und 75. Bei psychopathischen Konstitutionen (85 und 42) fand sich Dipsomanie bei 3 und 5, hysterischer Charakter 35 und 33, Neurasthenie bei 3 (1913). Unter pathologischen Reaktionen war vertreten traumatische Neu-



rose bei 53 und 34, hysterische (Schreck, Konflikt) Psychose bei 1 und 3. An erworbenen Zuständen von Jugend auf (Imbezillität, Idiotie, Kretinismus) litten 16 und 9 (Imbezillität 12 und 3), solchen späteren Alters, zunächst an Alkoholismus 53 und 53 (chron. Alk. 34 und 40), Morphinismus und dgl. 3 und 1, Lues cerebri 5 und 3, progressiver Paralyse 52 und 47, Psychosen bei akuten toxisch wirkenden Krankheiten 1 und 1, Psychosen bei Krankheiten der Zentralorgane 13 und 8, nach traumatischer Gehirnschädigung 5 und 3, bei Erschöpfungen, Generationsvorgängen 1 und 4, Dementia praecox 321 und 265, Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 23 und 25; senile Prozesse des Rückbildungsalters 12 und 23, arteriosklerotische 13 und 23; unklare Fälle akuter Form bei 32 und 23, chronischer 2 (1913); nicht geisteskrank, nicht psychopathisch waren 13 und 20. Zur Beobachtung auf Grund § 81 Str.-P.-O. eingewiesen 17 M. und 28 M. 3 Fr., hiervon nicht zurechnungsfähig 5 und 3. Aus den Strafanstalten in Bruchsal zugeführt 10 und 11, aus dem Arbeitshaus in Kislau 4 und 4. Zur Begutachtung in Unfall- und Invalidensachen eingewiesen 61 und 40. Entlassen geheilt 78 und 72, gebessert 210 und 188, ungebessert 95 und 57, nicht geisteskrank 3 und 9, nach Beobachtung in Unfall- usw. Sachen 90 und 76, nach anderen Anstalten 309 und 249, zur Familienpflege 476 und 402. Todesfälle 27 (16 M. 11 Fr.) und 47 (23 M. 24 Fr.). Als Todesursache zu bezeichnen u. a. Erkrankungen des Gehirns bei 11 (8 M. 3 Fr.) und 12 (6 M. 6 Fr.), des Herzens 5 (4 M. 1 Fr.) und 13 (7 M. 6 Fr.), allgemeine Arteriosklerose 4 (2 M. 2 Fr.) und 6 (3 M. 3 Fr.), Lungentuberkulose je 2 Fr.

In der Psychiatrischen Klinik Freiburg i. B., Psychiatr. Abt., war der Anfangsbestand 1913 = 135 (70 M. 65 Fr.). Zugang 577 (333 M. 244 Fr.). Abgang 588 (339 M. 249 Fr.). Bleibt Bestand für 1914 = 124 (64 M. 60 Fr.). Zugang 816 (571 M. 245 Fr.). Abgang 802 (558 M. 244 Fr.). Von den Jahresschlußbeständen (erste Aufnahmen 458 und 671) litten, abgesehen von 22 Soldaten, an einfacher Seelenstörung 72 (32 M. 40 Fr.) und 75 (36 M. 39 Fr.), paralytischer Seelenstörung 8 M. und 8 (7 M. 1 Fr.), Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 12 (5 M. 7 Fr.) und 8 (3 M. 5 Fr.), Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 10 (6 M. 4 Fr.) und 11 (5 M. 6 Fr.), Hysterie 5 (1 M. 4 Fr.) und 7 (1 M. 6 Fr.), anderen Krankheiten des Nervensystems 5 (1 M. 4 Fr.) und 4 (1 M. 3 Fr.), Alkoholismus 12 (11 M. 1 Fr.) und 3 (2 M. 1 Fr.). Im Strafverfahren zur Beobachtung eingewiesen 15 und 18. Entlassen nach dem Garnisonlazarett 207 Soldaten, vom sonstigen Bestand geheilt 96 und 94, gebessert 178 und 186, ungebessert 41 und 49, versetzt nach anderen Anstalten 205, davon nach Strafanstalten 11 und 21. Aus der Beobachtung entlassen 9 und 3. Gestorben 59 (23 M. 26 Fr.) und 53 (30 M. 23 Fr.). An progressiver Paralyse gelitten hatten 8 und 5, arteriosklerotischer Demenz 3 und 8, seniler 6 und 7. — In der Abt. für Nervenkranke war der Anfangsbestand 30 (16 M. 14 Fr.), Zugang 335 (190 M. 145 Fr.). Abgang 338 (194 M. 144 Fr.). Bleibt Bestand für 1914 = 27 (12 M. 15 Fr.). Zugang 268 (149 M. 119 Fr.). Abgang 287 (156 M. 131 Fr.). Bleibt Schlußbestand 8 (5 M. 3 Fr.). Zur Beobachtung in Unfall- und Invaliditätssachen jährlich aufgenommen zirka 100. In der Poliklinik war 1913 ein Zugang von 543 Pers., 1914 von 524. Behandelt im ganzen



wurden 606 (382 M. 224 Fr.) und 547 (347 M. 200 Fr.). Mit Kriegsbeginn wurde eine größere Anzahl von Patienten nach Emmendingen überführt, um für Sanitärszwecke des Heeres Platz zu schaffen. Sowohl Mobilmachungs- als Kriegspsychosen kamen zunächst zur Behandlung, späterhin Aufnahmen von der Front.

Illenau: Anfangsbestand 1913 = 680 (315 M. 365 Fr.). Zugang 616 (299 M. 317 Fr.). Abgang 648 (320 M. 328 Fr.). Bleibt Bestand für 1914 = 648 (294 M. 354 Fr.). Der Rückgang des Gesamtkrankenstandes 1913: 1233, 1914: 1226 ist namentlich auf die Eröffnung der Anstalt Konstanz zurückzuführen. Beim Zugang waren unter den Formen der Psychosen in den beiden Berichtsjahren vertreten: originär-paranoische Konstitution bei 1 M. und 1 M., Querulantenwahn 3 und 2, Paranoia 1 M. und 9 (7 M. 2 Fr.), manisch-depressive Konstitution 34 und 9, manisch-depressives Irresein 125 (30 M. 95 Fr.) und 116 (40 M. 76 Fr.), psychopathische Konstitution 65 (37 M. 28 Fr.) und 65 (31 M. 34 Fr.), pathologische Reaktionen 6 (5 M. 1 Fr.) und 9 (6 M. 3 Fr.), Imbezillität, organ. Form 9 und 7, Alkoholismus 46 (43 M. 3 Fr.) und 48 (38 M. 10 Fr.), Morphinismus 1913 = 3, Lues cerebri 4 (3 M. 1 Fr.) und 2 Fr., progressive Paralyse 21 (17 M. 4 Fr.) und 29 (27 M. 2 Fr.), Psychosen bei akuten toxisch wirkenden Krankheiten 3 (1 M. 2 Fr.) und 3 Fr., bei Krankheiten der Zentralorgane 5 (2 M. 3 Fr.) und 3 (1 M. 2 Fr.), nach traumatischer Gehirnschädigung 3 M. und 3 M., bei Erschöpfungen 14 (2 M. 12 Fr.) und 29 (1 M. 28 Fr.), Dementia praecox 214 (110 M. 104 Fr.) und 185 (109 M. 76 Fr.), Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 2 und 7, senile Prozesse 18 (6 M. 12 Fr.) und 25 (11 M. 14 Fr.), arteriosklerotische 14 (10 M. 4 Fr.) und 6 (3 M. 3 Fr.), senil-arteriosklerotische 23 (11 M. 12 Fr.) und 11 (1 M. 10 Fr.), unklare akute Fälle 1 und 1, chronische 1 und 3, nicht geisteskrank, nicht psychopathisch 1914 = 1 Fr. Erblich belastet waren 291 und 243. Auf Grund § 81 Str.-P.-O. eingewiesen 15 (13 M. 2 Fr.) und 11 (9 M. 2 Fr.), davon als unzurechnungsfähig begutachtet 9 und 2. Entlassen genesen 68 (34 M. 34 Fr.) und 59 (17 M. 24 Fr.), gebessert 336 (155 M. 181 Fr.), ungebessert 26 (14 M. 12 Fr.) und 13 (2 M. 11 Fr.), nach anderen Anstalten verbracht 133 und 63, zurück zur Strafanstalt 3 und 7, aus der Beobachtung entlassen, nicht geisteskrank 3 und 1. Gestorben sind 79 (43 M. 36 Fr.) und 82 (44 M. 38 Fr.), davon infolge Paralyse 18 (16 M. 2 Fr.) und 18 M., Tuberkulose 13 (5 M. 8 Fr.) und 10 (2 M. 8 Fr.), an Erschöpfung, Marasmus 6 und 10.

Pforzheim: Anfangsbestand 1913 = 511 (248 M. 263 Fr.). Zugang 107 (72 M. 35 Fr.). Abgang 99 (43 M. 56 Fr.). Bleibt Bestand für 1914 = 519 (277 M. 242 Fr.). Zugang 113 (52 M. 61 Fr.). Abgang 74 (43 M. 31 Fr.). Bleibt Bestand 558 (286 M. 272 Fr.). In den Wachabteilungen befanden sich am Jahresschluß 1913 = 7,58 % der M., 8,26 % der Fr., 1914 = 7,36 und 7,35 %. Von den Verpflegten litten an einfacher Seelenstörung 1913 = 472 (230 M. 242 Fr.), 1914 = 495 (241 M. 254 Fr.), paralytischer Seelenstörung 51 (33 M. 18 Fr.) und 44 (31 M. 13 Fr.), Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 73 (42 M. 31 Fr.) und 71 (41 M. 30 Fr.), Epilepsie mit Seelenstörung 12 (7 M. 5 Fr.) und 12 (8 M. 4 Fr.), Hysterie je 1 M., Chorea je 1 Fr., anderen Krankheiten des Nervensystems 5 (4 M. 1 Fr.) und 5 (4 M. 1 Fr.), Alkoholismus je 3 M. Von den Aufgenommenen waren erblich belastet



48 und 34. Entlassen geheilt sind 1914 = 3, gebessert 1913 und 14 = 5 und 12, ungebessert 27 und 11, in andere Anstalten 30 und 20, zur Familienpflege 2 und 6. Von den ungebessert Entlassenen wurden nach Konstanz überführt 20 (8 M. 12 Fr.) und 5 (3 M. 2 Fr.). Vorübergehend aufgenommen 27 Pfleglinge der Epileptikeranstalt Kork b. Straßburg. Gestorben 1913 = 67 (25 M. 42 Fr.), 1914 = 48 (26 M. 22 Fr.), davon hatten gelitten an Paralyse 7 (3 M. 4 Fr.) und 5 (2 M. 3 Fr.), Tuberkulose 15 (4 M. 12 Fr.) und 14 (9 M. 5 Fr.), an Tuberkulose erkrankt waren 17 (8 M. 9 Fr.) und 15 (7 M. 8 Fr.). Typhus herrschte noch von den Vorjahren her epidemisch; 1912 waren erkrankt 8 M. 3 Fr. und vom Personal 21 (17 Wärterinnen), im Januar 1913 erkrankten noch 2 männl. Pflegl. und 1 Wärterin. 1914 nur ein ganz vereinzelter Fall (1 männl. Pflegl.). Insgesamt sind an Typhus verstorben 1 Werkmeisetr und 2 männl. Pfleglinge (darunter der von 1914). Die Bazillenausscheider waren isoliert (1 Wärterin noch mehrere Monate, 1 w. Kr. nahezu 1¾ Jahr), bis völlige Bazillenfreiheit sich ergab. — Infolge der Einwirkung des Krieges waren aufgenommen 4 M. 7 Fr., davon genesen 3 M., gebessert 1 Fr.; 2 Fr. wurden als ungebessert in Anstaltspflege behalten.

Emmendingen: Anfangsbestand 1913 = 1394 (758 M. 636 Fr.). Zugang 291 (139 M. 152 Fr.). Abgang 422 (216 M. 206 Fr.). Bleibt Bestand für 1914 = 1263 (681 M. 582 Fr.). Zugang 313 (196 M. 117 Fr.). Abgang 286 (170 M. 116 Fr.). Bleibt Schlußbestand 1914 = 1290 (707 M. 583 Fr.). Erste Aufnahmen 1913 = 213, 1914 = 240. Von den Verpflegten litten an einfacher Seelenstörung 1913 = 1323, 1914 = 1234, paralytischer Seelenstörung 10 und 13, Imbezillität, Idiotie 157 und 156, Epilepsie mit Seelenstörung 133 und 104, Hysterie 12 und 8, Alkoholismus 42 und 55, anderen Krankheiten des Nervensystems 7 und 6, Neurasthenie 1. Unter den Erkrankten des Jahres 1914 waren 55 Soldaten, davon wurden entlassen 27; 1 Todesfall. In Familienpflege befanden sich 1913 = 6, 1914 = 4 Frauen. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 1913 = 261 M. 52 Fr., 1914 = 269 M. 53 Fr. Entlassen sind in beiden Jahren gebessert 140 und 159, ungebessert 132 und 165, zur Familienpflege 132 und 165, in andere Anstalten 192 und 30, davon nach Konstanz verbracht 1913 = 164 (83 M. 81 Fr., 1914 = 11 (5 M. 6 Fr.). Gestorben sind 1913 = 78 (35 M. 43 Fr.), 1914 = 73 (42 M. 31 Fr.), und zwar infolge Paralyse insgesamt 6, Tuberkulose 48, Typhus 2. Zur Feststellung von Bazillenträgern wurden untersucht 1913 = 245 Kr. und 62 Angestellte, 1914 = 172 Kr. 142 Angestellte. Paratyphusbazillen gefunden bei insgesamt 5 (3 M. 2 Fr.) und 1 Aushilfswärter, Typhusbazillen 19 (17 M. 2 Fr.). Die Untersuchungen waren ausgeführt im Hygienischen Institut d. U. Freiburg.

Wiesloch: Anfangsbestand 1913 = 1239 (623 M. 616 Fr.). Zugang 475 (276 M. 199 Fr.). Abgang 418 (240 M. 178 Fr.). Bleibt Bestand für 1914 = 1294 (657 M. 637 Fr.). Weiterer Zugang 437 (246 M. 191 Fr.). Abgang 468 (258 M. 210 Fr.). Schlußbestand 1263 (645 M. 618 Fr.). Erste Aufnahmen 1913 = 360 (200 M. 160 Fr.); 1914 = 325 (183 M. 142 Fr.). Aus der psychiatrischen Klinik zu Heidelberg waren übernommen 1913 = 227 (115 M. 112 Fr.), 1914 = 187 (102 M. 85 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 1913 = 337 (161 M. 176 Fr.), 1914 = 305 (139 M. 166 Fr.), paralytischer Seelenstörung 31 (25 M.

; Fr.) und 32 (24 M. 8 Fr.), Imbezillität und Idiotie, Kretinismus 35 (31 M. 4 Fr.) ınd 9 (6 M. 3 Fr.), Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 26 (21 M. 5 Fr.) und 36 31 M. 5 Fr.), Hysterie 6 (1 M. 5 Fr.) und 4 Fr., Alkoholismus 24 (22 M. 2 Fr.) und 32 (29 M. 3 Fr.), anderen Erkrankungen je 3 M. Zur Beobachtung aufgenommen ınd Nichtkranke 12 (11 M. 1 Fr.) und 11 (10 M. 1 Fr.). Erblichkeit nachgewiesen ›ei 190 (133 M. 57 Fr.) und 134 (82 M. 52 Fr.), Alkoholmißbrauch 113 (108 M. 5 Fr.) ınd 77 (70 M. 7 Fr.). Beobachtungen gemäß § 81 Str.-P.-O. bei 7 und 12 M., davon ;eisteskrank nach § 51 Str.-G.-B. 5. Entlassen geheilt 1 M., gebessert 240 (137 M. 97 Fr.) und 232 (119 M. 113 Fr.), ungebessert 17 (12 M. 5 Fr.) und 27 (22 M. 5 Fr.), ıach anderen Anstalten verbracht 79 und 99, zur Strafanstalt zurück je 5 M. Gestorben sind 69 und 95, davon an Lungenschwindsucht 19 (5 M.. 14 Fr.) und 17 5 M. 12 Fr.), infolge Erkrankungen des Nervensystems 22 (11 M. 11 Fr.), darınter Paralyse bei 16 (10 M. 6 Fr.) und 24 (17 M. 7 Fr.), Krankheiten der Atmungsorgane 7 (3 M. 4 Fr.) und 5 (4 M. 1 Fr.), der Kreislauforgane 9 (6 M. 3 Fr.) und 15 (5 M. 10 Fr.), an Altersschwäche 5 (2 M. 3 Fr.) und 5 (3 M. 2 Fr.). Erkrankt ın Typhus 3 Pers., außerdem einige Bazillenträger vorhanden. Zahlreiche Fälle ron Angina follicularis und abscedens.

Konstanz: Die Anstalt ist nahe der Station Reichenau in herrlicher landchaftlicher Umgebung nach einem zweifellos sehr glücklichen Anlageplan neu erbaut und im Besitz eines Geländes von zirka 85,5 ha. Es sind 24 Krankenhäuser (12 für M., 12 für Fr.) mit 910 Betten und je 1 Infektionshaus zu 12 Betten vorgesehen, zahlreiche Verwaltungs-, Wohn- und Wirtschaftsgebäude, Gutshof. Der Gesamtaufwand einschließlich Gelände und Einrichtung stellt sich auf 5 800 000 M., demnach Kosten pro Bett 910 M. Die erste Belegung erfolgte Oktober 1913 mit unmittelbar neuen Aufnahmen und Überführungen aus anderen Landesanstalten. Die Zahl der vorhandenen Plätze betrug Ende 1913 = 400, Ende 1914 = 434. Der Krankenbestand belief sich zu Beginn des Jahres 1914 auf 304 (151 M. 153 Fr.), zum Schlusse des Jahres auf 366 (180 M. 186 Fr.). Vom Zugang litten an originär-paranoischen Formen 1913 = 5 M., 1914 = 1 M., manisch-depressiven Formen 22 (6 M. 16 Fr.) und 24 (10 M. 14 Fr.), anderen psychopathischen Formen 7 (6 M. 1 Fr.) und 25 (17 M. 8 Fr.), Imbezilliät, Idiotie 9 (8 M. 1 Fr.), Alkoholismus 10 (9 M. 1 Fr.) ınd 13 M., progressiver Paralyse 6 (5 M. 1 Fr.) und 9 (6 M. 3 Fr.), Psychosen bei anderen Erkrankungen der Zentralorgane 2 M. und 5 (3 M. 2 Fr.), nach Trauma usw. 1 M., bei akuten toxisch wirkenden Krankheiten 2 Fr., Dementia praecox, Jugendform 158 (65 M. 93 Fr.) und 63 (23 M. 40 Fr.), Spätformen 65 (30 M. 35 Fr.) ınd 22 (10 M. 12 Fr.), Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 15 (13 M. 2 Fr.) und 2 (7 M. 5 Fr.), senile und arteriosklerotische Prozesse 11 (4 M. 7 Fr.) und 20 (9 M. 1 Fr.). Zur Beobachtung aufgenommen nach § 81 Str.-P.-O. 4 M., davon zurechnungsfähig 1 M. Entlassen genesen 1914 = 9 (3 M. 6 Fr.), gebessert 1913 = 2, 1914 = 78 (49 M. 29 Fr.), ungebessert 1 und 17 (10 M. 7 Fr.). Gestorben 17 10 M. 7 Fr.) und 21 (5 M. 16 Fr.). An Tuberkuloe erkrankt 16.

Eglfing (11): Anfangsbestand 1178 (598 M. 580 Fr.). Zugang 434 (244 M. 190 Fr.), 91 % aller Aufnahmen aus München; infolge des Krieges starker Rück-



gang der Aufnahme männl. Ausländer (um 52 % gegen das Vorjahr). Abgang 398 (227 M. 171 Fr.). Bleibt Bestand 1214 (615 M. 599 Fr.). Vom Zugang litten an Psychosen bei gröberer Hirnerkrankung 2 Fr., Morphinismus, Kokainismus 2 Fr., Alkoholismus 36 (34 M. 2 Fr.), Lues cerebri und Tabespsychosen 9 (5 M. 4 Fr.), progressive Paralyse 62 (44 M. 18 Fr.), senilen und präsenilen Erkrankungen 7 (2 M. 5 Fr.), Arteriosklerose 4 (1 M. 3 Fr.), Dementia praecox 118 (69 M. 49 Fr.), paranoiden Formen 15 (5 M. 10 Fr.), Epilepsie 16 (10 M. 6 Fr.), manisch-depressiven Psychosen 88 (32 M. 56 Fr.), Hysterie 27 (5 M. 22 Fr.), Haftpsychosen 5 (4 M. 1 Fr.), paranoide und querulatorische Persönlichkeiten —, Paranoia 6 (2 M. 4 Fr.), Psychopathen 14 (13 M. 1 Fr.), Imbezillität, Debilität 15 (1 M. 4 Fr.), Idiotie 2 M., unklar 1 Fr.; nicht geisteskrank 4 M. Von Militärpersonen, nicht von der Front, aufgenommen 6 (Dementia praecox-Fälle, Paralyse, Lues cerebri), Zivilpersonen infolge Kriegserregung 4 Aufnahmen. Abgang infolge Genesung 5 (3 M. 2 Fr.), gebessert 161 (90 M. 71 Fr.), an andere Anstalten abgegeben 97 (68 M. 29 Fr.), sonstige 27 (15 M. 12 Fr.). Gestorben 107 (50 M. 57 Fr.), davon infolge Paralyse 53 (34 M. 19 Fr.), Tuberkulose 21 (6 M. 15 Fr.). In dem nach Kriegsausbruch eröffneten Reservelazarett der Anstalt (100 Betten) fanden bis Jahresschluß 117 M. Aufnahme. — Gesamtausgabe: 1 427 637,09 M.

Haar (18): Anfangsbestand 521 (271 M. 250 Fr.). Zugang 334 (206 M. 128 Fr.), davon polizeiliche Aufnahmen 147 (106 M. 41 Fr.); 81 % aller Aufnahmen aus der Psychiatr. Klinik München. Abgang 315 (199 M. 116 Fr.). Bleibt Bestand 540 (278 M. 262 Fr.). Krankheitsformen des Zugangs: Psychosen bei gröberer Hirnerkrankung 2 (1 M. 1 Fr.); Alkoholismus 31 (29 M. 2 Fr.), darunter chron. Alkoholismus 19 M. = 5,7 % des Zugangs; Lues cerebri und Tabespsychosen 7 (4 M. 1 Fr.); progressive Paralyse 61 (45 M. 16 Fr.) = 182 % des Zugangs (2,8 männl. Paralytiker zu 1 weibl.); senile und präsenile Erkrankunngen 6 Fr.; arteriosklerotische Erkrankungen 10 (8 M. 2 Fr.); endogene Verblödungen 106 (60 M. 46 Fr.), davon Dementia praecox 95 (53 M. 42 Fr.) = 31,7 % des Zugangs; Epilepsie 13 (12 M. 1 Fr.); manisch-depressive Veranlagungen und Psychosen 54 (20 M. 34 Fr.) = 16,1 % des Zugangs; Hysterie 7 (3 M. 4 Fr.); Paranoia, Querul. usw. 1 M.; psychopath. Pers. 21 (15 M. 6 Fr.); Imbezillität und Debilität 10 (8 M. 2 Fr.); Idiotie 2 Fr.; unklar 3 Fr. Laut § 81 Str.-P.-O. eingewiesen 2 Pers., davon geisteskrank 1. Entlassen genesen (lediglich manisch-depressive Formen) 3 (2 M. 1 Fr.), gebessert 158 (106 M. 52 Fr.), ungeheilt 69 (37 M. 32 Fr.), hiervon anderen Anstalten zugeführt 48 (28 M. 20 Fr.). Gestorben 85 (54 M. 31 Fr.) = 10 % des Gesamtbestandes, 27 % des Abgangs. 55 % aller Todesfälle infolge Paralyse; Tuberkulosesterblichkeit 8,2 % gegen 13 % des Vorjahres. Für geisteskranke Heeresangehörige 100 Plätze bereitgestellt. Zugang im Berichtsjahre 4 P., 2 Alkoholmißbrauch bew. kataton. Erregungszustand, 2 paralytische Demenz.

Im Kinderhause Anfangsbestand 25 (15 Kn. 10 Md.). Zugang 55 (30 Kn. 25 Md.). Abgang 41 (20 Kn. 21 Md.). Bleibt Bestand 39 (25 Kn. 14 Md.). Erbliche Belastung bei 67 % des Zugangs, Trunksucht der Eltern beteiligt bei 20 %. 2 Fälle kongenitale Lues. Bildungsfähig 11 Kn. 5 Md.



Im Reservelazarett Haar verpflegt im November und Dezember 70 P. mit 2751 Verpflegungstagen. Vorheriger Transport 17 M. 2 Todesfälle. — Gesamtausgabe: 610 547,66 M.

Gabersee (15): Anfangsbestand 853 (454 M. 399 Fr.). Zugang 254 (142 M. 112 Fr.). Abgang 237 (138 M. 99 Fr.). Bleibt Bestand 870 (458 M. 412 Fr.). Normalplatzzahl 797 Betten; Höchstbestand im November mit 884 Pfl. = 11 % Überfüllung. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 182 (87 M. 95 Fr.), paralytischer Seelenstörung 31 (20 M. 11 Fr.), Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 14 (13 M. 1 Fr.), Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 6 M., Hysterie 1 Fr., Chorea 1 Fr., Alkoholismus 25 (24 M. 1 Fr.), Morphinismus 2 Fr. Herrschende Krankheitsformen u. a. progressive Paralyse bei 20 M. 11 Fr., Dementia praecox 49 M. 36 Fr., manisch-depressives Irresein 26 M. 54 Fr. Erbliche Belastung nachgewiesen bei 79 (41 M. 38 Fr.), Alkoholmißbrauch 21 (20 M. 1 Fr.). Wegen Sicherheitsgefährdung eingewiesen 43 % (i. Vorj. 39 %) der Aufgenommenen (53 % der M., 30 % der Fr.). Keine gerichtlichen Einweisungen. Abgegangen nicht geisteskrank 1 = 0,4 %, genesen 37 = 15,6 % (6,7 % M., 8,9 % Fr.), gebessert 88 = 37,1 % (21,9 % M. 37,1 % Fr.), ungebessert 58 = 24,5 % (15,6 % M., 8,9 % Fr.). Gestorben sind 53 = 22,4 % (13,5 % M., 8,9 % Fr.). Mortalität = 6,2 % (i. Vorj. 6,7 %) des durchschnittlichen Bestandes. Mortalität des Gesamtbestandes 4,8 % (i. Vorj. 5,3 %). Von den Verstorbenen hatten gelitten an Paralyse 17 (22,6 % M. 9,4 % Fr.), an Dementia praecox 15. An chronischen Krankheiten starben 10 M. 4 Fr., Nervenkrankheiten 6 M. 7 Fr., lokalen Erkrankungen 15 M. 10 Fr., Erstickung 1 M. Tuberkulöse Erkrankungen als Todesursache bei 13. 5 weibl. Typhusbazillenträger sind ständig isoliert. Typhuserkrankungen nur aus dem Vorjahre noch vorhanden. Umfangreiche Typhus-Schutzimpfungen sind vorgenommen mit günstiger Morbidität. Geisteskranke des mobilen Heeres wurden 4 aufgenommen, 2 davon konnten nach kurzem Aufenthalt entlassen werden. — Gesamtausgabe: 732 502,02 M.

Werneck (57): Anfangsbestand 595 (290 M. 305 Fr.). Zugang 178 (98 M. 80 Fr.). Abgang 149 (76 M. 73 Fr.). Bleibt Bestand 624 (312 M. 312 Fr.). Unter den Aufnahmen können mit dem Krieg in Verbindung gebracht werden 3 Fälle bei Frauen mit Melancholie und baldiger Heilung, bei den M. einige psychopathische Veranlagungen, und bei 4 jungen Leuten akute Störungen mit baldiger Wiederherstellung. Zur Beobachtung aufgenommen und nicht krank befunden 4 M. 1 Fr. Entlassen genesen 20 (17 M. 3 Fr.), gebessert 62 (26 M. 36 Fr.), ungeheilt 18 (7 M. 11 Fr.), davon nach anderen Anstalten 3 M. 3 Fr. Gestorben sind 45 = 5,8 % gegen 5,3 % im Vorjahre, davon starben infolge Paralyse 4 M. 2 Fr., Epilepsie 3 M., Tuberkulose 1 Fr. Auffallender Rückgang an Tuberkulose, zuzuschreiben durchgeführten sanitären Verbesserungen; i. J. 1912 noch 24 Todesfälle = 37,5 %, 1913 = 10 = 23,2 %, im Berichtsjahre 1 Fall = 2,2 %! Eine Typhusbazillenträgerin rechtzeitig isoliert. — Mit Kriegsbeginn waren 40 Plätze der Militärverwaltung zur Verfügung gestellt, späterhin wurde eine Krankenabteilung als Reservelazarett zunächst mit 18 Kr. belegt.

Homburg i. d. Pfalz (24): Anfangsbestand 657 (341 M. 316 Fr.). Zugang 172 (107 M. 65 Fr.), davon aus der Anstalt Klingenmünster 25 (16 M. 9 Fr.).



Abgang 157 (95 M. 62 Fr.). Bleibt Bestand 672 (353 M. 319 Fr.). Unter den Aufgenommenen befanden sich an Krankheitsformen Alkoholwahnsinn bei 3 M. = 2,8% chron. Alkoholismus 1 M. = 0,9 %, Kollapszustand 1 Fr. = 1,5 %, progressive Paralyse 9 M. = 8,4 %, 3 Fr. = 4,6 %, seniler Schwachsinn 3 M. = 2,8 %, 2 Fr. = 3,1 %, arteriosklerotische Erkrankungen 1 M. = 0,9 %, 2 Fr. = 3,1 %, Dementia praecox 41 M. = 38,3 %, 27 Fr. = 41,5 %, paranoide Schwachsinnformen 9 M. = 8,4 %, genuine Epilepsie 4 M. = 3,7 %, 3 Fr. = 4,6 %, Imbezillität, Idiotie je 2 M. = 1,8 % und je 1 Fr. = 1,5 %, manisch-depressive Psychosen 14 M. = 13 %, 23 Fr. = 35,6 %, psychogene Haftpsychosen 3 M. = 2,8 %, Zwangsvorstellungen 1 Fr. = 1,5 %; ferner Haltlose 5 M., Schwindler und Lügner 1 M., sonstige Psychopathen 2 M.; nicht geisteskrank 5 M. Zur Beobachtung nach § 81 Str.-Pr.-O. eingewiesen 7 M., davon geisteskrank 2, laut Art. 80 II P. Str.-G.-B. eingewiesen 18 M. 2 Fr. Von Soldaten und Heeresangehörigen fanden mit Kriegsbeginn Aufnahme 31, der Mehrzahl nach konnten sie nach kurzer Zeit entlassen werden. Entlassen vom Hauptbestande geheilt 3 M. 3 Fr., gebessert 43 M. 23 Fr., ungeheilt 5 M. 12 Fr.; als nicht geisteskrank 6 M. Gestorben sind 62 (38 M. 24 Fr.) = 7,4 % (4,6 % M. 2,8 % Fr.) des Gesamtbestandes. 11 Fälle mehr als im Vorjahre. An akuten übertragbaren Krankheiten starben 1 M., Tuberkulose 7 M. 5 Fr., Zellengewebsentzündung, Karzinom je 1 P., groben organischen Veränderungen des Nervensystems 1 M. 1 Fr., nervöser Erschöpfung in akutem Verlauf 6 M., in chronischem Verlauf 9 M. 3 Fr., Krankheiten der Atmungsorgane 8 M. 1 Fr., Herz- und Gefäßkrankheiten 3 M. 5 Fr., Krankheiten der Verdauungsorgane 2 M., der Nieren 5 Fr. Die Tuberkulosestation der Männerseite war ständig mit 10—20 Kranken belegt, die der Frauenseite hatte einen durchschnittlichen Bestand von 30 P. Typhus- und Paratyphusbazillenträger wurden im Epidemienhaus isoliert gehalten (6 M. 2 Fr.). — Die Chronik der Anstalt gibt interessante Einzelheiten über den regen Verkehr von Sanitätsstäben, -truppen und -kolonnen in der Anstalt zur Zeit der ersten Kriegsmonate, sowie über die Belegung mit Etappen- und sonstigen Lazaretten und Stationierungen.

Bayreuth (3): Anfangsbestand 664 (367 M. 297 Fr.). Zugang 212 (128 M., darunter 16 Heeresangehörige bzw. Kriegsteilnehmer, 84 Fr.). Abgang 211 (126 M. 85 Fr.). Überführt nach Kutzenberg 47 (35 M. 12 Fr.), von dort übernommen 8 (7 M. 1 Fr.). Bleibt Bestand 665 (369 M. 296 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 135 (84 M. 51 Fr.), paralytischer Seelenstörung 9 M., Seelenstörung mit Epilepsie und Hysteroepilepsie 19 (8 M. 11 Fr.), anderen Krankheiten des Nervensystems 25 (10 M. 15 Fr.), Imbezillität 9 (2 M. 7 Fr.), Alkoholismus 14 M. Erbliche Belastung nachgewiesen bei 96 (53 M. 43 Fr.) = 45,5 % (41,7 % M., 51,2 % Fr.) der Aufgenommenen. Alkoholmißbrauch festgestellt bei 36 M. (28,3 %) und 1 Fr. Zur Beobachtung gerichtsseitig eingewiesen 3 M. 1 Fr., von der Landesversicherungsanstalt 4 P. Auf Grund Art. 80 P. Str.-G.-B. eingewiesen 70 (45 M. 25 Fr.). Gesamtzahl am Schlusse des Jahres der derart Eingewiesenen 238 (148 M. 90 Fr.). Entlassen genesen 8 (3 M. 5 Fr.) = 3,8 %, gebessert 80 (48 M. 31 Fr.) = 37,6 %, ungeheilt 73 (49 M. 24 Fr.) = 34,7 %, davon in eine andere Anstalt 60 (43 M. 17 Fr.); nicht geisteskrank 1 P. Gestorben 50 (25 M. 25 Fr.) = 23,8 %, davon



waren paralytisch 10. An Tuberkulose starben 3 M. 8 Fr. = 22 % gegen 21,8 % im Vorjahr. — Gesamtausgabe: 518 667,20 M.

Kutzenberg (27): 190 Aufnahmen bei einem Anfangsbestand von 273 Kr., mit den Krankheitsformen: einfache Seelenstörung bei 79 M. 64 Fr. = 41,6 % und 33,6 %; paralytische Seelenstörung 11 M. 3 Fr. = 5,7 % und 1,7 %; Seelenstörung mit Epilepsie und Hysteroepilepsie 6 M. 9 Fr. = 3,1 % und 4,8 %; Imbezillität und Idiotie 10 M. 3 Fr. = 5,3 % und 1,5 %; Delirium potatorum 5 M. = 2,7 %. Zur Beobachtung wegen Invalidität 5 Kr. Als gemeingefährlich eingewiesen 30 (25 M. 5 Fr.) = 15,8 % der Aufnahmen. Abgang 156 Kr., davon genesen 55, gebessert 32, ungeheilt 26 (an Anstalten abgegeben 10), nicht geisteskrank 2. Gestorben 41 (Mortalität 8,8 % des Gesamtbestandes), davon 4 infolge Tuberkulose = 9,75 % der Todesfälle, infolge Paralyse 8, Altersschwäche 8 (aus Bayreuth überführte alte Insassen); Paralytiker-Zugänge überhaupt 14 zu 11 vorhandenen = 5,4 % des Gesamtbestandes. — Bei Kriegsbeginn 50 Pl. für nerven- und geisteskranke Krieger und für Verwundete 37 Pl. bereitgestellt. Aufgenommen bis zum Jahresschluß 32 Verwundete und 12 Geisteskranke, unter letzteren hauptsächlich Hitzschlagfälle. — Gesamtausgabe: 269 225,37 M.

„Zum guten Hirten“ Wernigerode-Hasserode (58): Die Zahl der Pfleglinge ist auf 42 gestiegen; der Jahresdurchschnitt beträgt 33. Alle Dienstverrichtungen werden von den Pfleglingen ausgeführt. Beschäftigt wurden 12, den Schulunterricht besuchten 8; nicht beschäftigungsfähig wegen geringen Alters oder mangelhaften geistiger Zustandes 12. — Gesamtausgabe: 35 733,60 M.

Lindenhaus (31): Anfangsbestand 381 (193 M. 188 Fr.). Zugang 149 (83 M. 66 Fr.). Abgang 165 (92 M. 73 Fr.). Bleibt Bestand 365 (184 M. 181 Fr.). Von den Verpflegten litten an einfacher Seelenstörung 373 (189 M. 184 Fr.), Seelenstörung durch Syphilis 12 (10 M. 2 Fr.), Imbezillität, Idiotie 44 (22 M. 22 Fr.), Epilepsie 70 (33 M. 37 Fr.), Alkoholismus 14 M., Hysterie 5 Fr. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Jahr bei 44 = 8,3 %, 1—2 Jahre 55 = 10,4 %, 2—4 Jahre 38 = 7,1 %, 4—6 Jahre 52 = 9,8 %, 6—8 Jahre 56 = 10,5 %, 8—10 Jahre 38 = 7,1 %, mehr als 10 Jahre = 9,8 %, unbekannte Zeit 196 = 37,0 %. Veranlagt durch Eltern zu Geisteskrankheit und Nervenleiden 176 = 33,3 %, Trunksucht 95 = 18 %, Syphilis 40 = 7,4 %, Tuberkulose 35 = 6,4 %. Erkrankt waren im Anschluß an Entwicklungsjahre 11 = 2,1 %, Wechseljahre 21 = 4 %, Schwangerschaft, Entbindung 10 = 1,9 %, äußere Ursachen 12, Haft und Verurteilung 18, Gemütserschütterung 42 = 8 %, Unfall und Verletzung 18 = 3,4 %, Tuberkulose 10 = 1,9 %, Syphilis 28 = 5,3 %. Tuberkulös waren 9,5 %; Fürsorgezöglinge oder in Fürsorgeerziehung gewesen 21 = 4 %, als Trinker bekannt 72 (58 M. 14 Fr.) = 13,7 %. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gewesen 79 (58 M. 21 Fr.) = 15 %. Zur Beobachtung überwiesen 5 M., davon 3 von Gerichtsbehörden. Entlassen als erwerbsfähig 22 (14 M. 8 Fr.) = 16,6 %, gebessert, arbeitsfähig 36 (22 M. 14 Fr.) = 27 %, ungeheilt 75 (39 M. 36 Fr.) = 56,4 %. Gestorben 28 = 5,3 %, und zwar im Durchschnittsalter von 53 Jahren. Es starben infolge Tuberkulose 4, Lungenentzündung 4, Nierenentzündung 2, fortschreitender Gehirnerweichung 1, Gehirnschlag 1, Herzschlag, Schlagaderverkalkung je 1, Marasmus bei Epilepsie, Alters-



schwäche 3, Sepsis 3, Typhus 1, Krebs 2. — Von den Verpflegten gehörten nach der vom D. V. f. Psych. aufgestellten Einteilung zu der Gruppe 1 = 0,2 %, 2 : 2b, 2e = 0,7 %, 4 : 4, 4a, 4b, 4c 11 = 2 %, 5 : 5 = 0,7 %, 6 : 6 = 0,7 %, 7 : 7 = 2,9 %, 8 : 8a, 8b, 8c = 1,7 %, 9 : 9 = 0,9 %, 10 : 10c = 0,4 %, 11 : 11, 11a 11b = 74,5 %, 12 : 12, 12a, 12d = 10,8 %, 13 : 13 = 18,1 %, 14 : 14 = 1,1 %, 15 : 15 = 0,9 %, 16 : 16 = 1,5 %, 17 : 17a, 17b, 17c, 17d, 17e = 3 %, 18 : 18 = 12,1 %, 19 : 19c = 0,5 %, 20 : 20 = 0,9 %, 21 : 21 = 3 %. — Nutzbringend beschäftigt waren von M. durchschnittlich = 69,9 % (i. Vorj. 65,3 %), von Fr. = 68,5 % (64,9 %). — Gesamtausgabe: 283 392,89 M.

Stephansfeld (50): Anfangsbestand 959 (427 M. 529 Fr.). Zugang 345 (179 M. 166 Fr.). Abgang 301 (170 M. 131 Fr.). Bleibt Bestand 1000 (436 M. 564 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 218 (97 M. 121 Fr.), paralytischer Seelenstörung 28 (24 M. 4 Fr.), sonstigen organischen Psychosen 17 (9 M. 8 Fr.), Epilepsie und Hysterie 40 (17 M. 23 Fr.), Idiotie, Imbezillität 23 (13 M. 10 Fr.), Alkoholismus 11 M.; nicht geisteskrank 8 M. Erstmalige Aufnahmen 144 M. 134 Fr.; 10 Kr. waren Heeresangehörige. Zur Beobachtung eingewiesen 11 M. 1 Fr., davon im Strafverfahren 9 M. In Abgang kamen genesen 55 (31 M. 24 Fr.), gebessert 99 (56 M. 43 Fr.), ungeheilt 14 (3 M. 11 Fr.), nach anderen Anstalten verbracht 36 (25 M. 11 Fr.); nach Ablauf der Beobachtung, nicht geisteskrank 13 (12 M. 1 Fr.). Gestorben 84 (43 M. 41 Fr.) = 6,4 % der Verpflegten (i. Vorj. 6,8 %). Unter den Todesursachen zählen progressive Paralyse bei 21 (13 M. 8 Fr.), sonstige Nervenkrankheiten 5 (3 M. 2 Fr.), Erkrankungen der Atmungsorgane 13 (10 M. 3 Fr.), der Kreislauforgane 12 (4 M. 8 Fr.), Tuberkulose 12 (5 M. 7 Fr.); Selbstmord 1 Fr. — Gesamtausgabe: 748 363,95 M.

Hördt (23): Anfangsbestand 482 (286 M. 196 Fr.). Zugang 77 (52 M. 25 Fr.), davon Aufnahme im Bewahrungshaus 11 M. Abgang 51 (31 M. 20 Fr.). Bleibt Bestand 508 (307 M. 201 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 58 (38 M. 20 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 6 (5 M. 1 Fr.), Imbezillität, Idiotie 10 (7 M. 3 Fr.), Paralyse 1 M., alkohol. Geistesstörung 1 M. Zur Beobachtung aufgenommen 1 Ausländer (im Bewahrhause) nach § 81 Str.-P.-O., litt an hysterischem Zustandsbild, Strafverfahren vorläufig eingestellt. Klinisch gruppiert befanden sich unter den Aufnahmen Dementia praecox bzw. paranoides bei 28 M. 9 Fr., manisch-depressives Irresein bei 2 M. 7 Fr., epileptische 5 M. 1 Fr., hysterische Seelenstörung 1 M., Dementia senilis 1 M. 2 Fr., seniler Beeinträchtigungswahn 1 M. 1 Fr., Idiotie 1 M., Imbezillität 6 M. 3 Fr., Haftpsychose 2 M., Paralysis progressiva, Paranoia, Psychopathie je 1 M., Pseudoparalysis alcoholica 2 M. Entlassen gebessert 2 M., ungeheilt 4 Fr., nicht geisteskrank 1 Fr. Gestorben sind 44 (29 M. 15 Fr.) = 7,86 % der Verpflegten; infolge Lungentuberkulose waren gestorben 13 (8 M. 5 Fr.). — Gesamtausgabe: 284 241,76 M.

Ellen (Bremen), St. Jürgenasyl (13): Anfangsbestand 633 (336 M. 297 Fr.). Zugang 488 (293 M. 195 Fr.). Abgang 514 (320 M. 194 Fr.). Bleibt Bestand 607 (309 M. 298 Fr.). Maximalbestand gegen das Vorjahr gefallen um 7 P. (645 : 638), bedingt durch Überführung chron. Kranker nach Lemgo, sonst Durchschnittsbestand gestiegen um 19,23. In Familienpflege am Jahresschluß 162 (91 M. 71 Fr.)



gegen 152 (76 M. 76 Fr.) Anfangsbestand. Vom Zugang (488) litten an Schizophrenie 135 (84 M. 51 Fr.), Paranoia 2 (1 M. 1 Fr.), manisch-depressivem Irresein 78 (26 M. 52 Fr.), Imbezillität 21 (12 M. 9 Fr.), Idiotie 3 (1 M. 2 Fr.), apoplekt. Irresein 6 (4 M. 2 Fr.), Dementia senilis 44 (15 M. 29 Fr.), multipler Sklerose 3 (2 M. 1 Fr.), Gehirnarteriosklerose 2 Fr., Gehirntuberkeln 1 M., Lues cerebri 9 (7 M. 2 Fr., Paralyse 38 (30 M. 8 Fr.), Commotio cerebri 2 M.. konstitutioneller Psychopathie 26 (21 M. 5 Fr.), Hysterie 36 (22 M. 14 Fr.), darunter ausgesprochene Simulation 3, Haftpsychose 4; an Epilepsie 19 (13 M. 6 Fr.), alkoholischen Geisteskrankheiten 52 (43 M. 9 Fr.), davon Delirium tremens, akute Rauschzustände je 3 M., Dementia alc. und Korsakowpsychose 4 (3 M. 1 Fr.), Alkoholwahnsinn 3 (2 M. 1 Fr.), Alkohol-Epilepsie 13 (12 M. 1 Fr.), chron. Alkoholismus 26 (20 M. 6 Fr.); Chorea degenerativa 1 M. 1 Fr. Zur Beobachtung kamen 17. Geheilt entlassen 39 = 7,58 % des Gesamtbestandes, gebessert 203 = 39,49 %, ungeheilt 181 = 25,21 %. Gestorben 74 (33 M. 41 Fr.), davon an Lungentuberkulose 8. Beschäftigung 53 % der M., 43,92 % der Fr. des Durchschnittsbestandes.

Rockwinkel (42): Anfangsbestand 35 (14 H. 21 D.). Zugang 71 (37 H. 34 D.). Abgang 70 (35 H. 35 D.). Bleibt Bestand 63 (16 H. 20 D.). Vom verbliebenen Bestand leiden an Dementia praecox 11 (5 H. 6 D.), manisch-depressivem Irresein 6 (1 H. 5 D.), Melancholie 5 (1 H. 4 D.), Paranoia 4 (1 H. 3 D.), Paralyse und Taboparalyse je 2 H., Dementia senilis und arteriosclerotica 1 H. u. 1 D., Korsakow und Epilepsie 1 H. 1 D., Neurasthenie 2 H. Entlassen waren geheilt 18, gebessert 21, ungeheilt 22. Gestorben sind 9. Die Anstalt besteht 1914 seit 150 Jahren. Der Zugang bewegte sich in den Jahren 1895—1900 zwischen 28 und 20 P., 1901—1905 = 23 und 14 P., 1906—1910 = 12 und 15 P., 1911—1914 = 16 und 35 P.

Strecknitz-Lübeck (52): Anfangsbestand 1913: 314 (170 M. 144 Fr.). Zugang 123 (58 M. 65 Fr.). Abgang 117 (62 M. 55 Fr.). Bleibt Bestand und Anfangsbestand für 1914: 320 (166 M. 154 Fr.). Zugang 104 (59 M. 45 Fr.). Abgang 110 (66 M. 44 Fr.). Bleibt Schlußbestand 1914: 314 (159 M. 155 Fr.). Von den Aufgenommenen des Jahres 1914 litten an Psychose bei gröberer Hirnerkrankung 1 Fr., Alkoholismus 8 M., progressiver Paralyse 6 M. 4 Fr., senilen und präsenilen Psychosen 1 M. 6 Fr., Hebephrenie 50 (27 M. 23 Fr.), epileptischen Psychosen 2 M. 1 Fr., Melancholie des Rückbildungsalters 1 M. 1 Fr., manisch-depressivem Irresein 7 (2 M. 5 Fr.), Hysterie 3 M., Neurasthenie 1 M. 6 Fr., Emotionspsychosen 2 M., Debilität, Imbezillität 2 M. 1 Fr.; psychopathische Persönlichkeiten waren 1 M. 1 Fr.; nicht geisteskrank 4 (3 M. 1 Fr.). Erblich belastet von den Neuaufgenommenen waren 29,81 %, vom Bestand 29,38 %. Krankheitsursachen der Neuaufgenommenen waren erbliche Belastung überhaupt bei 13 M. 18 Fr. = 22 und 40 %, Trunksucht 10 M. 3 Fr. = 17 und 6,7 %, Syphilis 4 M. 1 Fr. = 6,8 und 2,2 %, Verletzung 1 M. = 1,7 %. Entlassen geheilt sind 1914: 24 (16 M. 8 Fr.), gebessert 26 (16 M. 10 Fr.), ungeheilt 3 (17 M. 16 Fr.), als nicht geisteskrank 6 (4 M. 2 Fr.). Gestorben sind 1914: 21 (13 M. 8 Fr.), davon hatten gelitten an Alkoholismus 1 M., progressiver Paralyse 4 M., senilen und präsenilen Psychosen 7 (4 M. 3 Fr.), Hebephrenie 4 M., epileptischer Psychose 1 M., manisch-depressivem Irresein 2 Fr., Debilität, Imbezillität 1 M. 1 Fr. — Gesamtausgabe für 1913: 348 200,36 M., 1914: 324 789,03 M.



Friedrichsberg (19): Anfangsbestand 1242 (659 m. 583 w.). Zugang 1171 (639 m. 542 w.). Abgang 1154 (623 m. 531 w.). Bleibt Bestand 1254 (665 m. 589 w.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 609 (260 m. 349 w.), paralytischer Seelenstörung 210 (150 m. 60 w.). Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 68 (41 m. 27 w.), Epilepsie mit und ohne Geistesstörung 73 (46 m. 27 w.), Hysterie 23 (8 m. 15 w.), Neurasthenie 4 (2 m. 2 w.), Tabes 7 (46 m. 1 w.) Chorea 1 m., an anderen Krankheiten des Nervensystems 88 (53 m. 35 w.), Alkoholismus 65 (51 m. 14 w.), Morphinismus u. ähnl. 3 (1 m. 2 w.); nicht geisteskrank 15 (10 m. 5 w.). Zur Beobachtung aufgenommen auf Grund § 81 Str.-P.-O. 26 (21 m. 5 w.). Erblichkeit nachgewiesen 145 (35 m. 110 w.), trunksüchtig 36 (32 m. 4 w.), mit Alkoholismus obige 65. Entlassen sind geheilt 39 (19 m. 20 w.), gebessert 391 (176 m. 215 w.), ungebessert 531 (296 m. 235 w.), davon nach Langenhorn überführt 389 (214 m. 175 w.); nicht geisteskrank 15. Gestorben 178 (122 m. 56 w.), davon infolge Paralyse 43 (30 m. 13 w.), sonstigen Hirnkrankheiten 48 (34 m. 14 w.), an Krankheiten des Herzens 27 (17 m. 10 w.), der Lunge 52 (38 m. 14 w.). Für Rechnung des Reservelazaretts Wandsbeck wurden verpflegt und behandelt 364 M. — Gesamtausgabe für den Tag und Kopf des Kranken: 1910 = 2,93 M., 1911 = 3,08 M., 1912 = 3,28 M., 1913 = 3,41 M., 1914 = 3,27 M. — Gesamtausgabe 1914: 1 500 044,81 M.

Langenhorn (19): Anfangsbestand 1833 Kr. Schlußbestand 1952. Aufnahmen 428 Geisteskr. Aus Friedrichsberg überführt 388. Aus den Gefängnissen in Fuhlsbüttel eingeliefert 19 M. 1 Fr. Gerichtsseitig zur Beobachtung überwiesen 20. Entlassen 195 Pflegl. Gestorben 114. — Gesamtausgabe für den Tag und Kopf des Kranken: 1910 = 2,63 M., 1911 = 2,73 M., 1912 = 2,83 M., 1913 = 2,88 M., 1914 = 2,71 M. — Gesamtausgabe 1914: 1 851 855,93 M.

Alsterdorfer Anstalten (1): Anfangsbestand 960 (549 m. 411 w.). Zugang 96 (55 m. 41 w.). Abgang 83 (59 m. 24 w.). Bleibt Bestand 973 (545 m. 428 w.). Vom Zugang litten an Imbezillität, Idiotie und Kretinismus 76 (45 m. 31 w.), davon unter 16 Jahre alt 38 m. 27 w., Epilepsie 20 (10 m. 10 w.), unter 16 Jahre 8 m. 6 w. Entlassen 59, davon in die Irrenanstalt überführt 11, entwichen, entführt usw. 7. Gestorben 44, davon infolge Tuberkulose 10.

Burghölzli (7): Anfangsbestand 1913: 402 (203 M. 199 Fr.). Zugang 578 (352 M. 226 Fr.). Abgang 584 (352 M. 232 Fr.). Bleibt Bestand für 1914: 396 (203 M. 193 Fr.). Zugang 594 (349 M. 245 Fr.). Abgang 588 (344 M. 244 Fr.). Schlußbestand 1914: 402 (208 M. 194 Fr.). Diagnosen der frischen Aufnahmen 1914 = 458 (276 M. 182 Fr.): angeborene Psychosen 24 (11 M. 13 Fr.), konstitutionelle Psychosen 30 (20 M. 10 Fr.); manisch-depressive Formen 14 (8 M. 6 Fr.), Verblödungsformen 165 (78 M. 87 Fr.), andere erworbene idiopathische Psychosen 15 (5 M. 10 Fr.), organische Störungen 97 (59 M. 38 Fr.), darunter progressive Paralyse 37 (28 M. 9 Fr.), epileptische Störungen 27 (20 M. 7 Fr.), Intoxikationspsychosen 75 (66 M. 9 Fr.), mit Alkoholismus chron. 26 (22 M. 4 Fr.), Delirium tremens 24 (22 M. 2 Fr.); nicht geisteskrank 11 (9 M. 2 Fr.). Infolge der Mobilisation 22 Militärpatienten, davon 9 mit Dementia praecox, 5 Alkoholismus, 2 Delir. tremens, Imbezillität, Psychopathie, psychogene Epilepsie je 1. Entlassen geheilt 45 (34 M. 11 Fr.) gegen 42 (34 M. 8 Fr.) im Jahre 1913; gebessert 295 (154 M.



141 Fr.) gegen 250 (148 M. 102 Fr.); ungebessert 190 (114 M. 76 Fr.) gegen 217 (128 M.89 Fr.). Verhältnis der Geheilten und Gebesserten zum Abgang 340 : 588 = 57,9 % gegen 50 % im Jahre 1913. Gestorben sind 49 (35 M. 14 Fr.) gegen 62 (30 M. 32 Fr.) im Jahre 1913. Von den 1914 Verstorbenen starben an Hirnkrankheiten 28 (18 M. 10 Fr.), infolge Tuberkulose 3 (2 M. 1 Fr.), infolge Karzinom 5 M. Einschließlich Poliklinik wurden 106 (1913: 108) Gutachten abgegeben, wovon 36 (1913: 36) strafrechtliche. Bettgurte bei 6 M. 6 Fr. angewandt, ganze Wickel bei 1 M. neun Stunden, bei 16 Fr. 198 Stunden. Segelstoffkleider, Zellenhandschuhe (10 M. 18 Fr.) mehrfach angewandt. Regelmäßig oder teilweise beschäftigt waren vom Schlußbestand 75 % M., 85 % Fr. (1913: 71 % M., 88 % Fr.). Die Psychiatrische Poliklinik wurde besucht von 498 Pat. (223 M. 275 Fr.). — Gesamtausgabe: 746 669,81 Fr.

Königsfelden (25): Anfangsbestand 804 (370 M. 434 Fr.). Zugang 260 (143 M. 117 Fr.), davon aus anderen Asylen 57 (32 M. 25 Fr.). Abgang 233 (131 M. 102 Fr.). Bleibt Bestand 831 (382 M. 449 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: angeborene Psychosen 30 (21 M. 9 Fr.), darunter Idiotie, Kretinismus 19 (12 M. 7 Fr.); erworben einfache Störungen 152 (68 M. 84 Fr.); paralytische, senile 33 (16 M. 1 Fr.), epileptische 10 (7 M. 3 Fr.); Intoxikationspsychosen 3 (29 M. 4 Fr.); nicht geisteskrank 2 M. Mit den Strafgesetzen in Konflikt gewesen und begutachtet 10, davon Militärpersonen 9; nicht verantwortlich 9. Erbliche Belastung der Aufgenommenen bei 58 % nachweisbar, 23 % von Vaterseite, 15 % Mutterseite, 11 % beide Eltern, bei 9 % Geisteskrankheit in der Verwandtschaft. Alkohol u. a. ursächliches Moment bei 30 % der M., 3,4 % der Fr. Militärdienst, Kriegswirren 10 % der M., 3,4 % der Fr. Geheilt entlassen 31. Genesung bei 58 % im ersten Vierteljahr, 26 % Heilungsdauer 4—6 Monate, 3,2 % = ½—1 Jahr, 6,4 % = 1—2 Jahre, 6,4 % mehr als 2 Jahre. Gebessert entlassen 120 (66 M. 54 Fr.), ungeheilt 24 (12 M. 12 Fr.), davon nach anderen Anstalten 9. Gestorben 56 (30 M. 26 Fr.), davon infolge Tuberkulose 12. — Gesamtausgabe: 521 525,57 Fr.

Aus dem Jahresberichte der Bernischen Kantonalen Irrenanstalten (54) ist zu entnehmen für

Waldau (54): Anfangsbestand 802 (384 M. 418 Fr.). Zugang 218 (136 M. 82 Fr.). Abgang 195 (117 M. 78 Fr.). Bleibt Bestand 825 (403 M. 422 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Störungen 5 M., konstitutionellen 8 (5 M. 3 Fr.), erworbenen einfachen Störungen 146 (86 M. 60 Fr.), paralytischen, senilen, organ. Störungen 33 (19 M. 14 Fr.), epileptischen 6 (5 M. 1 Fr.), Intoxikationspsychosen 18 (15 M. 3 Fr.); nicht geisteskrank 1 M. 1 Fr. Zur Beobachtung, strafgerichtlich, aufgenommen 15 M. 1 Fr., davon 9 M. kriegsgerichtlich. Entlassen genesen 17 (9 M. 8 Fr.) = 8,72 % der Entlassungen, 1,66 % des Gesamtbestandes; erblich belastet 13 (6 M. 7 Fr.); gebessert entlassen 85 (48 M. 37 Fr.), ungebessert 39 (31 M. 8 Fr.). Getorben 52 (28 M. 24 Fr.) = 26,66 % des Abgangs, 5,10 % des Gesamtbestandes; infolge Tuberkulose verstorben 6 (2 M. 4 Fr.), katarrh. Pneumonie und Bronchitis 25 (12 M. 13 Fr.), Herzleiden 6 (5 M. 1 Fr.). — Gesamtausgabe: 196 571,35 Fr.



Münsingen (54): Anfangsbestand 841 (406 M. 435 Fr.). Zugang 133 (51 M. 82 Fr.). Abgang 134 (54 M. 80 Fr.). Bleibt Bestand 840 (403 M. 437 Fr.), davon in Familienpflege 45 (15 M. 30 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an angeborenen Störungen 10 (6 M. 4 Fr.), konstitutionellen 25 (10 M. 15 Fr.), erworbenen einfachen Störungen 74 (22 M. 52 Fr.), darunter Dementia praecox-Gruppe mit 52 (20 M. 32 Fr.), organischen Störungen 13 (7 M. 6 Fr.), davon progressive Paralyse 2 M., Intoxikationspsychosen 4 M. 2 Fr.; nicht geisteskrank 5 (2 M. 3 Fr.). Gerichtliche Fälle 12. (In den 10 Jahren 1904—1913 kamen in den staatlichen Irrenanstalten 284, mit den wenigen privat-begutachteten höchstens 350 zur psychiatrischen Begutachtung, davon als zurechnungsfähig bezeichnet 55 % der Fälle. Entlassen genesen oder wesentlich gebessert 52 (20 M. 32 Fr.) = 38,5 % des Abgangs, 5,3 % der Verpflegten, ungeheilt entlassen 26 (14 M. 12 Fr.). Gestorben 55 (18 M. 33 Fr.) = 5,3 % der Verpflegten; an Tuberkulose verstarben 15 = 29,4 % der Todesfälle, an Pneumonie 10 (7 M. 3 Fr.), Vitium cordis 11 (4 M. 7 Fr.). — Gesamtausgabe: 667 962,35 Fr.

Bellelay (54): Anfangsbestand 331 (133 M. 198 Fr.). Zugang 25 (14 M. 11 Fr.). Abgang 32 (18 M. 14 Fr.). Bleibt Bestand 324 (129 M. 195 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Störungen 6 (2 M. 4 Fr.), konstitutionellen 11 (5 M. 6 Fr.), organischen Störungen 1 M. 1 Fr., Alkoholismus 2 M. Zur gerichtlichen Begutachtung 1 Fr., auf Grund Art. 47 des Str.-G.-B. überhaupt in der Anstalt 8 (5 M. 3 Fr.). Entlassen geheilt 1 M., gebessert 2 M., ungebessert 1 M. 1 Fr. Gestorben 27 (14 M. 13 Fr.) = 7,55 % der Verpflegten (in den Vorjahren nie über 5 %). Hohe Mortalität begründet durch epidem. Influenza mit Bronchopneumonie bei älteren Insassen, infolge davon starben 10 (3 M. 7 Fr.), an Tuberkulose verstarben 2 (1 M. 1 Fr.). — Gesamtausgabe: 260 101,75 Fr.

Münsterlingen (35): Anfangsbestand 411 (162 M. 249 Fr.). Zugang 175. Abgang 179. Schlußbestand 407 (163 M. 244 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: angeborene Psychosen 14 (6 M. 8 Fr.); konstitutionelle Psychosen 12 (5 M. 7 Fr.); erworben einfache Psychosen 103 (39 M. 64 Fr.), darunter Dementia praecox mit 83 (32 M. 51 Fr.), manisch-depressives Irresein 16 (4 M. 12 Fr.); organische Psychosen 21 (13 M. 8 Fr.), mit Dementia paralytica bei 7 (6 M. 1 Fr.); Epilepsie 4 (3 M. 1 Fr.), alkoholische Intoxikationspsychosen 16 (13 M. 1 Fr.); nicht geisteskrank 5 (4 M. 1 Fr.). Entlassen 127, davon geheilt 11 (5 M. 6 Fr.), gebessert 85 (41 M. 44 Fr.). Gestorben sind 51 (21 M. 30 Fr.) = 8,7 % der Verpflegten, davon infolge direkter Geisteskrankheit 8 (5 M. 3 Fr.), an Tuberkulose, die auf der Männerseite überhaupt selten, 1 M. 6 Fr. — Gesamtausgabe: 339 957,19 Fr.

Rosegg (45): Anfangsbestand 347 (191 M. 156 Fr.). Zugang 95 (58 M. 37 Fr.). Abgang 67 (42 M. 25 Fr.). Bleibt Bestand 375 (207 M. 168 Fr.). Vom Zugang litten an angeborener Geistesstörung 6, erworbener einfacher 44, epileptischer 9, organischer 1, paralytischer 5, seniler 18, alkoholischer 11; nicht geisteskrank 1. Erblich belastet 43 (30 M. 13 Fr.), und zwar von Vaterseite 18 M. 8 Fr., Mutterseite 4 M. 4 Fr., von beiden Eltern 3 M., sonstige Familienanlage bei 5 M. 1 Fr. Vor Eintritt erkrankt bis 1 Monat 18 (14 M. 4 Fr.), 2—3 Monate 7 (4 M. 3 Fr.),



4—6 Monate 4 (2 M. 2 Fr.), 7—12 Monate 6 (4 M. 2 Fr.), 1—2 Jahre 12 (8 M. 4 Fr.), 3—5 Jahre 10 (3 M. 7 Fr.), über 5 Jahre 18 (13 M. 5 Fr.). Entlassen geheilt 19 13 M. 6 Fr.), gebessert 20 (14 M. 6 Fr.), ungeheilt 6 (5 M. 1 Fr.). Gestorben sind 22 (10 M. 12 Fr.); unmittelbare Todesursachen waren u. a. Meningo-encephalitis chronica bei 3 Fr., Apoplexia cerebri 1 M., Status epilepticus 2 M., Vitium cordis 6 (3 M. 3 Fr.), Phthisis pulmon. 1 M. — Gesamtausgabe: 341 470,85 Fr.

Wil (61): Anfangsbestand 863 (438 M. 425 Fr.). Zugang 322 (178 M. 144 Fr.). Abgang 304 (170 M. 134 Fr.). Bleibt Bestand 881 (446 M. 435 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Störungen (Idiot.) 28 (18 M. 10 Fr.), konstitutionellen 19 (11 M. 8 Fr.), einfachen erworbenen Störungen 126 (60 M. 66 Fr.), erworbenen der paralytischen, senilen und organischen Gruppe 49 (20 M. 29 Fr.), auf Grundlage der Epilepsie 11 (5 M. 6 Fr.), Intoxikationspsychosen 36 (32 M. 4 Fr.), nicht geisteskrank 1 M., körperlich Kranke und Altersschwache 52 (31 M. 21 Fr.). Erblichkeit nachgewiesen bei 91 M. 61 Fr. = 63 und 50 %, übermäßiger Alkoholgenuß bei 35 M. 4 Fr., Lues 4 M. 3 Fr. Mit dem Strafgesetz in Konflikt 34 M. 6 Fr. = 23 und 5 % der Aufgenommenen. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 33 (20 M. 13 Fr.), 1—6 Monate 31 (12 M. 19 Fr.), 6—12 Monate 22 (11 M. 11 Fr.), 1—3 Jahre 31 (15 M. 16 Fr.), 3—6 Jahre 41 (17 M. 24 Fr.), 6—12 Jahre 30 (17 M. 13 Fr.), 12—15 Jahre 8 (5 M. 3 Fr.), 15—20 Jahre 19 (10 M. 9 Fr.), über 20 Jahre 44 (39 M. 15 Fr.). Entlassen geheilt 32 (18 M. 14 Fr.), gebessert 109 (58 M. 51 Fr.), ungeheilt 66 (39 M. 27 Fr.), davon nach anderen Anstalten verbracht 21 (10 M. 11 Fr.). Gestorben sind 96 (54 M. 42 Fr.) = 8 % der Verpflegten. 32 Todesfälle (20 M. 12 Fr.) kommen auf die körperl. Kranken und Altersschwachen = 14 % ihres Gesamtbestandes. Von den Geisteskranken starben 64 (34 M. 30 Fr.) = 6,6 % ihres Bestandes. Auf die Gruppe der paralytischen, senilen und organischen Psychosen kommen 23 % ihres Gesamtbestandes an Todesfällen (10 M. 14 Fr.). Infolge Tuberkulose starben 6 M. — Gesamtausgabe: 566 482,16 Fr.

St. Pirminsberg (51): Anfangsbestand 308 (152 M. 156 Fr.). Zugang 127 (72 M. 55 Fr.). Abgang 119 (63 M. 56 Fr.). Bleibt Bestand 316 (161 M. 155 Fr.). Durchschnittlicher Bestand immer noch steigend: 1911 = 257; 1912 = 238; 1913 = 302; 1914 = 314. Kriminelle Kranke aufgenommen 8 (7 M. 1 Fr.); zur Beobachtung aufgenommen 4 M. 1 Fr. Vom Zugang litten an angeborenen Psychosen 9 (6 M. 3 Fr.), konstitutionellen 4 (3 M. 1 Fr.), erworbenen einfachen Psychosen 85 (43 M. 42 Fr.), epileptischen 7 (5 M. 2 Fr.), organischen Psychosen 12 (6 M. 6 Fr.), Intoxikationspsychosen 10 (9 M. 1 Fr.). Erblich belastet von 86 erstmals aufgenommen 74 = 86 %. Entlassen genesen 31 (17 M. 14 Fr.), gebessert 51 (24 M. 27 Fr.), ungebessert nach Hause 8 (4 M. 4 Fr.), nach anderen Anstalten 18 (14 M. 4 Fr.). Durchschnittliche Behandlungsdauer der Genesenen = 150 Tage. Gestorben sind 11 (4 M. 7 Fr.), Mortalität nur 2,5 % aller Verpflegten; durchschnittliche Verpflegungsdauer der Verstorbenen 6½ Jahre. An Tuberkulose eingegangen 3 M. 3 Fr. — Gesamtausgabe: 278 700,04 Fr.

Ellikon (14): Bestand 31 Pfl. Aufnahmen 37. Entlassungen 42. Bleibt Bestand 26. Durchschnittl. Tagesfrequenz 28 Pfl. Von den Aufgenommenen litten



an chronischem Alkoholismus 16, mit Delir. tremens 6, Psychopathien 9, psych. und moralischem Defekt 3, moral. Defekt 1, Imbezillität und moral. Defekt 2, Leichtsinn 1, Trunksucht bei angeborener Leichtfertigkeit, Trunksucht bei Psychopathie, einfache Trunksucht je 1, Alkoholneuritis b. Erblichkeit unter den Aufgenommenen bei 17, darunter Trunksucht des Vaters 11, der Mutter 3, Großeltern 3. Von 25 der Entlassenen mit vorschriftsmäßig durchgeführter Kurzeit blieben abstinent 60 %, rückfällig 32 %, gestorben 4 %, ohne Bericht 4 %. — Gesamtausgabe: 31 370,99 Fr.

Riehen, Sonnenhalde (49): Anfangsbestand 31 kr. Fr. Aufnahmen 99. Abgang 87. Bleibt Bestand 43. Von den Ausgetretenen waren nicht gemütskrank 5 (Neurasthenie 4), waren behaftet mit angeborenem Schwachsinn 1, allg. Psychopathie 6, mit endogen erworbenen Formen des reiferen Alters 70, organischen Formen 3, Epilepsie 1, marantischem Delir 1. Erbliche Belastung bei 77. Vollständig geheilt 1, hochgradig gebessert 14, gebessert 43, ungebessert 26, davon in eine Anstalt verbracht 1. Zur Beobachtung ohne Resultat 2. Gestorben 1. — Gesamtausgabe: 87 926,90 Fr.

Cery (8): Anfangsbestand 529 (269 M. 260 Fr.). Zugang 392 (226 M. 166 Fr.). Abgang 377 (224 M. 153 Fr.). Bleibt Bestand 544 (271 M. 243 Fr.). Vom Zugang litten an Idiotie, Imbezillität, Kretinismus 20 (10 M. 10 Fr.), konstitutionellen Psychosen 36 (22 M. 14 Fr.), einfachen erworbenen 204 (95 M. 109 Fr.), organischen 69 (45 M. 24 Fr.), epileptischen Psychosen 11 (8 M. 3 Fr.), Alkoholismus und anderen Intoxikationen 48 (42 M. 6 Fr.); nicht geisteskrank 4 M. Von den aufgenommenen Alkoholkranken litten an akutem Alkoholismus 1 M., chronischem 18 (16 M. 2 Fr.), Korsakowpsychose 1 Fr., Delirium tremens 22 M., epileptischer Psychose 1 M. Entlassen geheilt 71 (41 M. 30 Fr.), gebessert 132 (87 M. 45 Fr.), ungeheilt 103 (58 M. 45 Fr.). Gestorben 71 (38 M. 33 Fr.). — Gesamtausgabe: 638 922,77 Fr.

Waldhaus (55): Anfangsbestand 309 (162 M. 147 Fr.). Zugang 89 (58 M. 31 Fr.). Abgang 81 (56 M. 25 Fr.). Bleibt Bestand 317 (164 M. 153 Fr.). Vom Zugang litten an Idiotie 2 Fr., an einfachen Psychosen 60 (37 M. 23 Fr.), an paralytischen, senilen Störungen 6 (3 M. 3 Fr.), an Epilepsie 5 (3 M. 2 Fr.), an Intoxikationspsychosen 12 (11 M. 1 Fr.); nicht geisteskrank 4 M. Erblich veranlagt 39 der frischen Aufnahmen (74). Geheilt sind entlassen 11 (8 M. 3 Fr.), gebessert 31 (21 M. 10 Fr.), ungebessert 13 (10 M. 3 Fr.). Von den Geheilten litten an Melancholie 4, Manie 3, Katatonie 2, Delirium tremens 2. Verhältnis der Genesenen zum Abgang 14,4 %, zur Zahl der Verpflegten 2,7 %. Gestorben sind 21 (12 M. 9 Fr.) = 5,2 % des Gesamtbestandes. Tuberkulose Todesursache in 5 Fällen. — Gesamtausgabe: 247 957,27 Fr.

Linz, Niedernhart (38): Anfangsbestand 915 (409 M. 506 Fr.). Zugang 434 (232 202 Fr.). Abgang 396 (197 M. 199 Fr.). Bleibt Bestand 953 (444 M. 509 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Störungen 23 (16 M. 7 Fr.), einfacher Geistesstörung 352 (174 M. 178 Fr.), davon an progressiver Paralyse 67 (51 M. 16 Fr.), an komlizierten Störungen litten 36 (22 M. 14 Fr.), davon Epileptiker 23 (17 M. 6 Fr.), pn Alkoholismus 17 (15 M. 2 Fr.); nicht geisteskrank 6 (5 M. 1 Fr.); aus Straf-

a



oder Untersuchungshaft zugeführt 30. Erblich belastet 133 (73 M. 60 Fr.), davon durch Trunksucht der Eltern 20 (16 M. 4 Fr.). Erkrankt durch Alkoholmißbrauch 24 (22 M. 2 Fr.). Entlassen geheilt 34 (15 M. 19 Fr.). Gestorben 147 (71 M. 76 Fr.), davon infolge Paralyse 33 (21 M. 12 Fr.), Lungentuberkulose 23 (7 M. 16 Fr.). Eine Typhusepidemie mit 20 Erkrankungen erforderte 5 Opfer.

Die 4 Staatsanstalten Ungarns (53) hatten einen Gesamtanfangsbestand von 2620 und einen Schlußbestand von 2561 Kranken. Hieran waren beteiligt

Lipótmezö mit einem Anfangsbestand von 1251 (681 M. 570 Fr.). Zugang 972 (626 M. 346 Fr.). Abgang 1031 (638 M. 393 Fr.). Bleibt Bestand 1192 (669 M. 523 Fr.).

Angyalföld: Anfangsbestand 442 (215 M. 227 Fr.). Zugang 386 (245 M. 141 Fr.). Abgang 382 (243 M. 139 Fr.). Bleibt Bestand 446 (217 M. 229 Fr.).

Nagyszeben: Anfangsbestand 611 (341 M. 270 Fr.). Zugang 338 (218 M. 120 Fr.). Abgang 330 (212 M. 118 Fr.). Bleibt Bestand 619 (347 M. 272 Fr.).

Nagykálló: Anfangsbestand 316 M. Zugang 85. Abgang 97. Bleibt Bestand 304. Vom Gesamtzugang litten an Idiotie 53 (36 M. 17 Fr.), Imbezillität 35 (25 M. 10 Fr.), Dementia praecox 246 (157 M. 89 Fr.), progressiver Paralyse 463 (361 M. 102 Fr.). Alkoholismus 175 (164 M. 11 Fr.), Pellagrapsychose 1 M., Forensische Fälle insgesamt 171 (153 M. 18 Fr.). Entlassen geheilt (prozentual zur Zahl der Verpflegten) in Lipótmezö 7,46 %; gestorben 11,87 %; in Angyalföld entlassen geheilt 8,81 %, gestorben 10,87 %; Nagyszeben 8,5 % und 11,38 %; Nagykálló 2,24 und 10,47 %. Die Präsenzzahl der in Familienpflege Befindlichen stieg von 1522 auf 1625 = zirka 6 % (i. Vorj. 23 %, diesjährig infolge der Kriegszeiten Erhöhung gering).

Dannemora (10): Anfangsbestand Oktober 1913 = 540 M. Zugang 82. Abgang 108. Bleibt Bestand 514. Von den Aufgenommenen litten an Dementia praecox 36, Alkoholpsychosen 3, konstitutioneller Minderwertigkeit 23, Imbezillität 2, sonstige Psychosen Einzelfälle. Wieder abgegeben wurden geheilt 40, gebessert 8, ungeheilt 38, nicht geisteskrank 11. Gestorben 11, davon infolge Tuberkulose 6 M. = 54,5 % der Todesfälle.

---

9. Psychologie und Psychophysik.

Ref.: M. Isserlin (München).

1. *Aall*, *Anathon*, Der Traum. Zeitschr. f. Psychol. Bd. 70, S. 125.
2. *Adams*, *H. F.*, A note on the effect of rhythm on memory. Psychological Review Bd. 22, Nr. 4. S. 289—298.
3. *Adler* u. *Furtmüller*, Heilen und Bilden. Ärztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individualpsychologie. München. E. Reinhardt. 400 S. 8,— M.



4. *Arnold*, *Felix*, Obstructed breathing and memory. Psychological Clinic. Bd. 8, Nr. 8. S. 234—246.

5. *Baade*, *Walter*, Über die Vergegenwärtigung von psychischen Ereignissen durch Erleben, Einfühlung, Repräsentation, sowie über das Verhältnis der *Jasper*schen Phänomenologie zur darstellenden Psychologie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 29, H. 3/4, S. 347. Eigenbericht: Ref.- u. E.- Bd. 38, H. 1, S. 92.

6. *Baade*, *Walter*, Aufgaben und Begriff einer „darstellenden Psychologie". Zeitschr. f. Psychol. Bd. 71, S. 356.

7. *Bachrach*, *D.*, Über die Hörschärfe zu verschiedenen Tageszeiten. Zeitschr. f. Sinnesphysiologie Bd. 49, H. 2. S. 99—108. (S. 191*.)

8. *Baley*, *St.*, Mitteilungen über das Sehen der Farben bei halbgeschlossenen Augen. Zeitschr. f. Sinnesphysiologie Bd. 49, H. 2. S. 79—84.

9. *Baley*, *Stefan*, Versuche über den dichotischen Zusammenklang wenig verschiedener Töne. Zeitschr. f. Psychologie Bd. 70. S. 321—346.

10. *Baley*, *Stefan*, Versuche über die Lokalisation beim dichotischen Hören. Zeitschr. f. Psycholog. Bd. 70. S. 343—372.

11. *Barber*, *Fred. D.*, The present status and real meaning of general science. School Review Bd. 23, Nr. 1, p. 9—24.

12. *Becher*, *Erich*, Gefühlsbegriff und Lust-Unlustelemente. Zeitschr. f. Psychol. Bd. 74. S. 128—154.

13. *Becher*, *Erich*, Über Schmerzqualitäten. Archiv f. d. gesamte Psychologie Bd. 24, H. 2. S. 189—207. (S. 191*.)

14. *Benussi*, *Vittorio*, Monokularlokalisationsdifferenz und haploskopisch erweckte Scheinbewegungen. Archiv f. d. gesamte Psychologie Bd. 33, H. 3/4, S. 266—273.

15. *Bernfeld*, *Siegfried*, Zur Psychologie der Unmusikalischen. Archiv f. d. gesamte Psychologie Bd. 34, H. 2, S. 235—253.

16. *Bessmer*, *Julius*, Krankhafte Untätigkeit und gesunde Faulheit. Stimmen der Zeit, 45. Jahrg., S. 325—342.

17. *Bloch*, *E.*, und *Lippa*, *H.*, Über die Wiederholung der *Binet-Simon*schen Intelligenzprüfungen an schwachsinnigen Kindern nach einem Jahre. Zeitschr. f. angew. Psychologie Bd. 9, H. 4—6, S. 513—515. (S. 192*.)



18. *Boden, W.*, Über eine experimentelle Methode der Gesetzgebung. Archiv f. d. gesamte Psychologie Bd. 33, H. 3/4, S. 355—372.

19. *Braunshausen, N.* (Luxemburg), Einführung in die experimentelle Psychologie. Aus Natur u. Geisteswelt Bd. 484. Leipzig. Teubner. 111 S. (S. 191*.)

20. *Brühl, Norbert*, Die spezifischen Sinnesenergien nach *Joh. Müller* im Lichte der Tatsachen. Philos. Jahrb. d. Görresgesellsch. Bd. 28, H. 1, S. 23—54.

21. *Burr, Charles W.* (Philadelphia), The psychology of misers. Journ. of nerv. and ment. disease, vol. 42, no. 6, p. 383.

22. *Conrad, W.*, Einstellung und Arbeitswechsel als pädagogische und allgemeine psychologische Probleme. Archiv f. d. gesamte Psychol. Bd. 34, S. 317—514.

23. *Coultes, John M.*, The mission of science in education. School. Review vol. 23, p. 1—8.

24. *Dilles, Th.*, Loss of memory alleged by murderers. The Journal of nervous and mental disease Bd. 42, H. 2, S. 73—74.

25. *Downey, J. E.*, The psychology of similes and metaphers. Psychological Bulletin Bd. 12, Nr. 9, S. 325 f.

26. *Elsenhaus, Th.*, Charakterbildung. Wissenschaft und Bildung Bd. 32, VIII u. 136 S. Quelle & Meyer, Leipzig.

27. *Engelen* und *Rangette*, Methodik der Assoziationsversuche bei Unfallneurosen. Ärztl. Sachverständ.-Ztg. Nr. 20, S. 229.

28. *Engelen* und *Rangette*, Die Grundlagen der Assoziationspsychologie. Ärztl. Sachverständ.-Ztg. Nr. 18, S. 205.

29. *Ferree, C. E.*, Untersuchungsmethoden für die Leistungsfähigkeit des Auges bei verschiedenen Beleuchtungssystemen und eine vorläufige Untersuchung über die Ursachen unangenehmer optischer Empfindungen. Zeitschr. f. Sinnesphysiologie Bd. 49, H. 2, S. 59—78.

30. *Fischer, Auguste*, Weitere Versuche über das Wiedererkennen. Zeitschr. f. Psychol. Bd. 72, S. 321—372. (S. 192*.)

31. *Flatau, Georg* (Berlin), Zur Kenntnis des Suggestionsbegriffs. Med. Klin. Nr. 31, 32 u. 33.

32. *Forel, Aug.*, Über unser menschliches Erkenntnisvermögen. Journ. f. Psychol. u. Neurol. vol. 21, p. 51.

33. *Frank, V. Thompson*, Vocational guidance in Boston. School Review Bd. 23, Nr. 2, p. 105—112.



34. *Freud*, *S.* (Wien), Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Leipzig u. Wien. Fr. Deuticke. 101 S. 2,50 M.

35. *Frey*, *M. v.*, Die physiologischen und psychologischen Grundlagen der Gewichtschätzung. Archiv f. Anthropologie Bd. 13, S. 342—347.

36. *Fröbes*, *Joseph*, S. J. (Valkenburg), Lehrbuch der experimentellen Psychologie. Bd. 1. Freiburg i. B. Herdersche Verlags-handl. 198 S. (S. 191*.)

37. *Fröbes*, *Josef*, Wie entstehen Massenüberzeugungen? Stimmen der Zeit, 45. Jahrg., S. 421—432.

38. *Frost*, *W.*, Untersuchungen zur Psychologie des Denkens. Zeitschr. f. Philosophie und philosophische Kritik. Bd. 158, H. 2, S. 202—236.

39. *Fuchs*, Über Intelligenzprüfungen bei Schwachbegabten und ärztliche Aufgaben bei der Überweisung von Kindern in die Hilfsschule. Festschrift zur Feier des zehnjährigen Bestehens der Akademie f. prakt. Medizin in Köln. Bonn, Webers Verlag. S. 301—316.

40. *Gerson*, *Adolf*, Oszillierende Gefühle. Zeitschr. f. Kinderforschung 20. Jahrg., H. 5/6, S. 202—217.

41. *Giese*, *F.*, Ein Versuch über Gestaltgedächtnis. Zeitschr. f. Psychologie und experimentelle Pädagogik 16. Jahrg., H. 2, S. 127—131.

42. *Gilbert*, *W. Campbell*, Fiktives in der Lehre von den Empfindungen. Eine Studie aus dem Problemkreis der „Philosophie des Als Ob". Berlin. Reuther & Reichard. 81 S.

43. *Godefroy*, *J. C. L.*, Onderzoekingen over de aandachtsbepaling bij gezonden en zielszieken. Med. Doktor-Dissertation. Groningen. 176 S.

44. *Gregor*, *R.*, Untersuchungen über die Entwicklung einfacher logischer Leistungen. Zeitschr. f. angewandte Psychologie Bd. 10, S. 339—451. (S. 192*.)

45. *Grünbaum*, *A.*, Zur Psychologie des Traumes. Psych. en neurolog. Bladen vol. 19, p. 409.

46. *Grünbaum*, *A.*, Zur Frage des binokularen räumlichen Sehens. Folia neurobiologica Bd. 9, no. 5, p. 569—572.

47. *Gruhle*, *Hans W.* (Heidelberg), Selbstschilderung und Einfühlung,



zugleich ein Versuch der Analyse des Falles Banting. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 28, H. 2 u. 3, S. 148.

48. *Günther*, *Arno*, Allgemeine Jugenderinnerungen und Lokalerinnerungen sowie Nachprüfung letzterer auf ihre Richtigkeit nach 25 Jahren. Mitteilung. Zeitschr. f. angewandte Psychologie Bd. 10, S. 285—297.

49. *Habrich*, *Joh.*, Über die Entwicklung der Abstraktionsfähigkeit von Schülerinnen. Zeitschr. f. angewandte Psychol. Bd. 9, S. 189.

50. *Handrik*, *Johann*, Ergograph und Dynamometer. Pädagog.-psycholog. Arbeiten Bd. 5, H. 1, S. 63—72.

51. *Harris*, *J. A.*, Experimental data on errors of judgement in the estimation of the number of objects in moderately large samples, with special reference to personal equation. Psychological Review Bd. 22, no. 6, p. 490—511.

52. *Heller*, *R.*, Grundzüge einer physiologischen Theorie der psychischen Invarianten. Pflügers Archiv f. d. ges. Physiologie Bd. 160, H. 9/10, S. 487—500.

53. *Henning*, *H.*, Das Panumsche Phänomen. Zeitschr. f. Psychologie Bd. 70, S. 373—428.

54. *Henning*, *Hans* (Frankfurt a. M.), Experimentelles zur Technik der Hellseher. Journ. f. Psychol. u. Neurol. vol. 21, p. 68.

55. *Hickmann*, *H. B.*, Delinquent and criminal boys tested by the *Binet* scale. The Training School Bulletin vol. XI, no. 9, p. 159—164.

56. *Hoche*, *A.*, Krieg und Seelenleben. Speyer & Kaerner. Freiburg. i. B. 35 S.

57. *Hollingworth*, Articulation and association. Journal of educational psychology vol. 6, no. 2, p. 99—105.

58. *Huther*, *A.*, Der Begriff des Ästhetischen psychologisch begründet. Archiv f. d. gesamte Psychologie Bd. 34, S. 53—64.

59. *Kehr*, *Th.*, Allgemeines zur Theorie der Perzeption der Bewegung. Archiv f. d. gesamte Psychologie Bd. 34, S. 106—120.

60. *Kehr*, *Th.*, Über eine vereinfachte Intelligenzprüfung. Zeitschr. f. pädagog. Psychologie und experimentelle Pädagogik, 16. Jahrgang, S. 49—55.

61. *Kirschmann*, *A.*, Zeit und Bewegung. Archiv f. d. gesamte Psychologie Bd. 33, H. 3 u. 4, S. 229—240.



62. *Kobelt, W.*, Untersuchungen über die Farbenunterschiedsempfindung bei Schulkindern. Pädagog.-psychologische Arbeiten Bd. 5, H. 1, S. 64—75.
63. *Koehler, Wolfgang*, Akust. Untersuchungen III. Zeitschr. f. Psychol. Bd. 72, S. 1—192. (S. 192*.)
64. *Koehler, W.*, Optische Untersuchungen am Schimpansen und am Haushuhn. Abhandlg. d. K. Pr. Akad. d. Wiss. Jahrg. 1915. Physikal.-mathem. Kl. Nr. 3, 70 S. (S. 193*.)
65. *Kohnstamm, O.* (Königstein i. Taunus), Inwiefern gibt es einen freien Willen für die ärztliche und erziehliche Willensbeeinflussung. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 21, S. 183.
66. *Kollarits, Jenö* (Budapest), Über positiven Schmerz und negative Lust bei Neurasthenie und bei Schopenhauer. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 29, H. 3 u. 4, S. 333.
67. *Kollarits, Jenö* (Budapest), Zur Psychologie des Spaßes, des Spaßmachers und über scherzende Neurastheniker. Journ. f. Psychol. u. Neurol. vol. 21, p. 224.
68. *Kollarits, Jenö* (Budapest), Das momentane Interesse bei nervösen und nicht nervösen Menschen. Journ. f. Psychol. u. Neurol. vol. 21, p. 233.
69. *Krueger, Felix*, Über Entwicklungspsychologie. Arbeiten der Entwicklungspsychologie, herausgeg. von F. Krueger. Bd. 1, H. 1. Leipzig, Engelmann. 232 S.
70. *Lange* und *Specht*, Neue Untersuchungen über die Beeinflussung der Sinnesfunktionen durch geringe Alkoholmengen. Zeitschr. f. Psychotherap. Bd. 3, S. 155. (S. 191*.)
71. *Langfeld, H. S.*, A study in simultaneous and alternating finger movements. Psychological Rewiew vol. 22, no. 6, p. 453—478.
72. *Leeser, Otto*, Über Linien- und Flächenvergleichung, ein Beitrag zur Lehre vom Augenmaß. Zeitschr. f. Psychol. Bd. 70, S. 1—127.
73. *Linke, P.*, Das paradoxe Bewegungsphänomen und die „neue“ Wahrnehmungslehre. Archiv f. d. ges. Psychologie Bd. 33 H. 3/4, S. 261—265.
74. *Lobsien, M.*, Einige nystagmographische Untersuchungen über das Lesen von Antiqua- und Frakturschrift. Archiv f. Pädagogik, II. Teil. Die pädagog. Forschung 3. Jahrg., Nr. 2, S. 49—70. (S. 192*.)



75. *Loring, M.*, An investigation of the law of eye-movements. Psychological Review vol. 22, no. 5, p. 354—370.

76. *Lüdke, Georg*, Versuch einer Psychologie der Jugendlichen. Jahrbuch d. Vereins f. wissenschaftl. Pädagogik. 47. Jahrg., S. 74—101. Bleyl & Kaemmerer, Dresden-Blasewitz.

77. *Luick*, Über die *Rutz*schen Stimmtypen und die *Sievers*schen Stimmeinstellungsfiguren. Wiener med. Wochenschrift 1915, Nr. 1.

78. *Mac Curdy, John T.* (New York). Ethical aspects of psychoanalysis. (Adr. New York neurolog. Soc. January 5.) Ref.: Journ. of nerv. and mental dis. vol. 42, no. 5, p. 296.

79. *Mac Donald, A.*, Die geistige Betätigung der Völker und antisoziale Erscheinungen. Archiv f. d. ges. Psychologie Bd. 33, S. 292—308.

80. *Mann, Alfred*, Zur Psychologie und Psychographie der Aufmerksamkeit. Zeitschr. f. angewandte Psychol. Bd. 9, S. 391.

81. *Martin, Lillien J.*, Ein experimenteller Beitrag zur Erforschung des Unterbewußten. J. A. Barth. Leipzig. 164 S.

82. *Mayer, H. W.*, Bereitschaft und Wiedererkennen. Zeitschr. f. Psychologie Bd. 70, S. 161—211. (S. 192*.)

83. *Mayer, Willy*, Zur Phänomenologie abnormer Glücksgefühle. Inaug.-Diss. Heidelberg.

84. *Messer, A.*, Die Apperzeption als Grundbegriff der pädagogischen Psychologie. Berlin. Reuther & Reichard. VI u. 144 S.

85. *Messer, August*, Zur Wertpsychologie. Archiv f. d. ges. Psychologie Bd. 24, S. 157—188.

86. *Meumann, E.*, System der Ästhetik. Sammlung Wissenschaft und Bildung. Leipzig. Quelle & Meyer. 144 S.

87. *Meyer, Salomon* (Chicago), Two dreams. Alienist and neurolog. vol. 36, no. 1, p. 12.

88. *Minnick, J. H.*, A comparative study of the mathematical abilities of boys and girls. School Review vol. 23, no. 2, p. 73—84.

89. *Moore, Th.*, The temporal relations of meaning and imagery. Psychological Review vol. 22, no. 3, p. 177—225.

90. *Müller, F.*, Beitrag zur psychologischen Analyse der reduplizieren-



den Paramnesie. Psychiatr. en neurolog. Bladen vol. 19, S. 130.

91. *Müller-Freienfels, Rich.*, Studien zur Lehre vom Gedächtnis. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 34, S. 65—106.

92. *Myers, G. C.*, Learning against time. Journ. of educational psychology vol. 6, no. 2, S. 115 u. 116.

93. *Newton Scott, Fred.*, Efficiency for efficiency's sake. School Review vol. 23, no. 1, p. 34—42.

94. *Oetjen, Friedrich*, Die Bedeutung der Orientierung des Lesestoffes für das Lesen und der Orientierung von sinnlosen Formen für das Wiedererkennen derselben. Zeitschr. f. Psychol. Bd. 71, S. 321—355. (S. 192*.)

95. *Peper, W.*, Jugendpsychologie. 2. Aufl. B. G. Teubner, Leipzig und Berlin. 124 S.

96. *Peter, Rudolf*, Untersuchung über die Beziehungen zwischen primären und sekundären Faktoren der Tiefenwahrnehmung. Archiv f. d. gesamte Psychol. Bd. 34, S. 515—564.

97. *Peters, W.*, Über die Vererbung psychischer Fähigkeiten. Statistische und experimentelle Untersuchungen. Fortschritte d. Psychol. Bd. 3, S. 185—382. (S. 193*.)

98. *Pick, A.*, Zur Psychologie der Eigenbeziehung. Zeitschr. f. Pathopsychologie Bd. 3, H. 2, S. 256—270.

99. *Pick, A.* (Prag), Zur Pathologie des Bewußtseins vom eigenen Körper. Ein Beitrag aus der Kriegsmedizin. Neurolog. Zentralbl. Nr. 7 u. 8, S. 257.

100. *Pötzl, O.* (Wien), Über einige Grenzfragen zwischen Psychologie und Hirnpathologie (Farbenagnosie, Wortblindheit). (Verein f. Psych. u. Neurolog., Wien, Sitzung vom 11. Mai 1915.) Ref.: Zeitschr. f. d. gesamte Neurol u. Psych. Ref.- u. Erg.-Bd. 11, H. 7, S. 524.

101. *Poppelreuter, Walther* (Cöln), Über den Versuch einer Revision der psychophysiologischen Lehre von der elementaren Assoziation und Reproduktion. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 37, H. 5, S. 278.

102. *Roloff, Otto*, Vom Schrifttum des Kindes. Pädagog. Warte. 22. Jahrg., H. 3, S. 93—97.

103. *Rosenfeld, Georg*, Zur Psychologie des Wirtschaftslebens. Psycho-



logische Betrachtungen. Berl. Klin. Wochenschr. Nr. 20, S. 519.

104. *Roth, H.*, Das sittliche Urteil der Jugend. Münchener Dissertation, philosophische Fakultät, 1. Sektion. 1915. 78 S.

105. *Ruckhaber, Erich*, Das Gedächtnis und die gesamte Denktätigkeit eine Funktion des Muskelsystems. Berlin. Psycholog.-soziologischer Verlag (O. Mattha). 173 S.

106. *Schaefer, Karl L.*, Einführung in die Musikwissenschaft auf physikalischer, physiologischer und psychologischer Grundlage. Mit 74 Abbildg. im Text. 165 S. Breitkopf & Härtel, Leipzig.

107. *Schaefer, Karl L.*, Über die Kongruenz des psycho-physiologischen Verhaltens der unerregten Netzhautgruppe in der Dämmerung und des blinden Flecks im Hellen. Pflügers Archiv f. d. ges. Physiologie Bd. 160, S. 572—580.

108. *Schmidkunz, Hans*, Psychologisches und Pädagogisches zur Werttheorie. Archiv f. d. gesamte Psychologie Bd. 33, H. 3 u. 4. S. 309—354.

109. *Schmidt, Hugo*, Die Wahrnehmung der Längen und Zahlen bei einigen kleinen Kindern. Pädagog.-psycholog. Studien. 16. Jahrg., Nr. 1/2, S. 1—5.

110. *Schulhof, Fr.* (Wien), Psychologisches aus Kants Schriften. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 28, H. 1, S. 11.

111. *Schulhof, Fr.* (Wien), Intelligenzprüfung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 28, H. 2 u. 3, S. 276.

112. *Schulz, Bernhard*, Das Bewußtseinsproblem vom psychologischen, positivistischen, erkenntnistheoretisch-logischen, metaphysischen und biologischen Standpunkt. Wiesbaden. J. J. Bergmann. 186 S. 3,60 M.

113. *Schulze, F. E.*, Über Lernzeiten bei größeren Komplexen. Zeitschr. f. Psychologie Bd. 71, S. 138—166.

114. *Siebenhaar, Ewald*, Über die Nachwirkung einer den natürlichen Anlagen entgegengesetzten Übung. Pädagogisch-psycholog. Arbeiten Bd. 5, H. 1, S. 1—62.

115. *Sittig, O.*, Zur Psychopathologie des Zahlenverständnisses. Zeitschr. f. Psychopathol. Bd. 3, H. 1.

116. *Sommer, R.*, Anfangsunterricht bei den Elberfelder Pferden.

Fortschritte d. Psychologie und ihrer Anwendung Bd. 3, H. 3, S. 135—149.

117. *Sommer*, Krieg und Seelenleben. Wiener med. Wochenschrift Nr. 39 u. 40.

118. *Tenner*, *Julius*, Über Klangfarbenbewegung. Wiener med. Wochenschr. Nr. 38, S. 40. (S. 193*.)

119. *L. M. Terman*, *Grace Lyman*, *G. Ordahl*, *Louise Ordahl*, *Neva Galbreath* und *W. Talbert*, The Stanford revision of the *Binet-Simon*-Scale and some results from its application to 1000 nonselected children. Journal of educational psychology vol. 6, no. 9, p. 551—562.

120. *Teslaar*, *J. S. van*, Probleme und gegenwärtiger Stand der Religionspsychologie in den Vereinigten Staaten. A magyar filozófioi társaság közleményei H. 3/4, S. 51—52 u. 193—219.

121. *Tumlirz*, *Otto*, Über den Unterschied beim Erfassen und Reproduzieren von Zahlen und Wörtern. Zeitschr. f. pädagog. Psychologie und experim. Pädagogik, 16. Jahrg., Heft 7/8: S. 347—368, H. 9: S. 412—420, H. 10: S. 456—459.

122. *Urban*, *F.*, Über Größenschätzung in objektiven Massen. Archiv f. d. ges. Pychologie Bd. 33, H. 3/4, Februar 1915, S. 274 bis 291.

123. *v. Wieg-Wickenthal*, *K.* (Wien), Psychologische Betrachtungen über Intellekt und Willen und deren Bedeutung in normalen und pathologischen Bewußtseinszuständen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig.-Bd. 28, H. 2 u. 3, S. 129.

124. *Wiersma*, *E. D.*, Geestesafwijkingen in het licht der psychologie. Groningen. J. B. Wolters. 21 S.

125. *Winkler*, *C.*, Das Verhalten der Psychologie zur Physiologie des Nervensystems. Utrecht. J. van Druten. 37 S.

126. *Witasek*, *St.*, Bemerkungen zur Abhandlung: *Benussi*, *V.*, Monokularlokalisationsdifferenz und haploskopisch erweckte Scheinbewegungen. Archiv f. d. ges. Psychologie Bd. 33, H. 3/4, S. 266—273.

127. *Wobbermin*, *G.*, Die Frage nach den Anfängen der Religion in religionspsychologischer Bedeutung. Zeitschr. f. angewandte Psychologie Bd. 9, S. 333—390.



128. *Woodworth, R. S.*, A revision of imageless thought. Psychological Review Bd. 22, Nr. 1, S. 1—27.

129. *Wundt, W.*, Völkerpsychologie. Bd. 6: Mythus und Religion. 3. Teil. 2. Aufl. 564 S. Leipzig, Kröner. (S. 191*.)

130. *Ziehen, Th.*, Beitrag zur Lehre vom absoluten Eindruck. Zeitschr. f. Psychologie Bd. 71, S. 177—287.

131. *Ziehen, Th.*, Die Grundlagen der Psychologie. Bd. I 259 und Bd. II 304 S. Teubner, Leipzig und Berlin. (S. 191*.)

132. *Zipkin, N.*, Über die Wirkung von Lichtlücken auf größere Netzhautbezirke. Zeitschr. f. Sinnesphysiologie Bd. 49, H. 2, S. 89—98.

133. Ein einfaches „Plastoskop". Zeitschr. f. Sinnesphysiologie Bd. 49, H. 2, S. 85—88.

Von größeren zusammenfassenden Werken seien genannt: Das Lehrbuch der experimentellen Psychologie von *Fröbes* (36). Das Werk, das in zwei Bänden erscheinen soll und von welchen der erste Band jetzt fertig vorliegt, beabsichtigt auf dem Gebiete der Psychologie etwas Ähnliches zu bieten, wie „wir es beispielsweise in dem mit Recht geschätzten Lehrbuch von *Tigerstedt* oder ähnlichen Werken" besitzen, — ein etwas ausführlicheres Lehrbuch in allen Teilen der Psychologie. Es will die höheren seelischen Funktionen ebenso eingehend behandeln wie die Sinnesfunktionen; hingegen die philosophischen Vor- und Grundfragen mehr zurücktreten lassen. Es darf gesagt werden, daß in dem vorliegenden Band dem Verfasser sein Versuch wohl gelungen ist.

In einem kurzen populären Abriß („Einführung") behandelt Braunshausen (19) die experimentelle Psychologie. Er wendet sich an den gebildeten Laien und allgemein Interessierten, bietet aber auch im ganzen die wichtigsten Einzelheiten, wenn auch nicht immer mit der nötigen Kritik.

Ziehen (131) hat ein umfassendes Werk über die Grundfragen der Psychologie herausgegeben, in welchem die einschlägigen Probleme eingehend abgehandelt werden. Die assoziationspsychologische Auffassung *Ziehens* versucht hier einen allgemein theoretischen Aufbau der Psychologie. Von *Wundts* großer Völkerpsychologie ist in dem Jahre 1915 der sechste Band über Mythus und Religion in zweiter Auflage erschienen (129).

Über die Hörschärfe zu verschiedenen Tageszeiten hat *Bacharach* (7) Untersuchungen angestellt. Nach diesen bleibt während des Tages die Hörschärfe ungefähr konstant. Ein Optimum findet sich am Spätnachmittag. In der Nacht keine Schwellenerniedrigung.

Über Schmerzqualitäten berichtet *Erich Becher* (13). *Lange* und *Specht* (70) veröffentlichen neue Untersuchungen über die Beeinflussung der Sinnesfunktionen durch geringe Alkoholmengen. Die Arbeit schließt sich an eine frühere von *Specht* über Beeinflussung des Gehörsinnes an. Die jetzt



vorliegenden Untersuchungen beziehen sich auf den Gesichtssinn. Es wurde mit Dosen von 40, 20 und 10 Kubikzentimetern Alkohol gearbeitet. **Geprüft wurden Unterschieds- und Reizschwelle.** Auch auf dem Gebiete des Gesichtssinnes wurden beide Schwellen durch den Alkohol in entgegengesetztem Sinne beeinflußt. Die Unterschiedsschwelle wird erhöht, die Reizschwelle sinkt. Die Größe der Dosis bewirkte nur quantitative Verschiedenheiten in der Änderung. Die Herabsetzung der Unterschiedschwelle wird am besten durch eine Störung der geistigen Akte des Beziehens erklärt. Die Erhöhung der Reizempfindlichkeit wird darauf zurückgeführt, daß unter Alkohol die Reize einen höheren Grad von Lebhaftigkeit gewinnen — Belebung der vitalen Sphäre.

Von Bereitschaft und Wiedererkennen handeln Versuche von *Mayer* (82). Nach ihm ist das einfache Wiedererkennen einer Silbe begünstigt, wenn diese vorher durch eine andere Silbe in Bereitschaft gesetzt worden ist; wenn beide Silben bekannt sind, wird die zweite Silbe öfter und schneller wiedererkannt, als wenn die erste eines Silbenpaares vorgeführt wird.

Über die Bedeutung der Orientierung des Lesestoffes für das Lesen und der Orientierung von sinnlosen Formen für das Wiedererkennen berichtet *Oetjen* (94). Die Versuche behandeln die Bedeutung der Lage des Körpers und der Richtung der Standpunktskoordinationsachse für die Auffassung des Lesestoffes und des Wiedererkennen der sinnlosen Formen.

Über die Ergebnisse neuer Versuche über das Wiedererkennen berichtet *Auguste Fischer* (30). Sie hat Versuche über das Einprägen von Silben und Punktgestalten ausgeführt unter Messung der Urteilszeiten für Bekanntheit — Unbekanntheit bei paarweiser und einzelner Wiederdarbietung. Sie glaubt, daß für das unmittelbare Wiedererkennen ein ganz geringer Grad von unterschwelliger Reproduktion wahrscheinlich notwendig und förderlich sei.

Bloch und *Lippa* (17) zeigen, daß die Wiederholung der *Binet-Simon*schen Intelligenzprüfungen an Schwachsinnigen nach einem Jahre ein gutes Mittel ist, um den Intelligenzmangel schnell und sicher auch nach Jahren zu bestimmen. *Gregor* (44) berichtet über Untersuchungen über die Entwicklung einfacher logischer Leistungen (Begriffserklärung). Männlichen und weiblichen Schülern von Volksschulklassen, Oberrealschülern und Erwachsenen wurde die Definition verschiedener Begriffe aufgegeben. Bei den Lösungen glaubt Verfasser Entwicklungsstufen unterscheiden zu können. Der Fortschritt der Qualität der Lösungen erfolgt sprungweise; Verfasser glaubt spezifische Differenzen der Geschlechter feststellen zu können.

Nystagmographische Untersuchungen über das Lesen von Antiqua und Fraktur hat *Lobsien* (74) angestellt (mit dem Nystagmographen von *Schackwitz*). Versuchspersonen waren 20 Schüler von 9½—16 Jahren. Nach *Lobsien* erfordert die Antiquazeile mehr Augenbewegungen als die Fraktur, wird aber rascher gelesen. Der langsamere Leser macht schwächere, der schnellere energischere Augenbewegungen. Die Form der Augenbewegung ist nicht von der Schriftform abhängig.

Eine Fortsetzung seiner akustischen Untersuchungen veröffentlicht *Wolfgang Köhler* (63). Nach ihm liegt das Wesentliche des Tones nicht nur in der



musikalischen Tonhöhe, sondern auch in dem Tonkörper, der die qualitative Gesamtheit eines Schallphänomens zusammenfaßt (Helligkeit, Dunkelheit und Vokalcharakter).

Über Klangfarbenbewegung berichtet *Tenner* (118). *T.* glaubt nachweisen zu können, daß die Sprachmelodie nur ein unwesentliches Moment der Sprachmusik ist; daß die Hauptsache in der Klangfarbe der menschlichen Stimme liege. Die Klangfarbenbewegung sei ein hauptsächliches Ausdrucksmittel.

Über Vererbung psychischer Fähigkeiten bringt *Peters* (97) ausführliche statistische und experimentelle Untersuchungen. Auf Grund der Schulzeugnisse wurden die Leistungen von Eltern und Kindern, Großeltern und Enkeln und von Geschwistern verglichen. Für das Bestehen der Vererbung spricht die Tatsache, daß die Durchschnittsnote der Kinder um so schlechter ist, je schlechter diejenige der Eltern ist, und um so besser, je besser diese ist. Wahrscheinlich erfolgt die Vererbung nicht einfach durch Mischung der elterlichen Qualitäten, sondern alternierend. Es bestehen Unterschiede der Beeinflussung durch Vererbung in den verschiedenen Lehrfächern. Der Erbeinfluß der Mutter ist geringer als der der Väter. Bei den Töchtern tritt ein größerer Erbeinfluß zutage als bei den Söhnen. Auch zwischen den Leistungen von Großeltern und Enkeln ist eine Abhängigkeit deutlich. Die *Mendel*schen Gesetze gelten unter gewissen Voraussetzungen auch für die von *P.* untersuchten Vererbungserscheinungen. Experimentelle Untersuchungen vermochten festzustellen, daß Geschwisterähnlichkeit in drei verschiedenen psychischen Leistungen (unmittelbares Behalten, Geschwindigkeit, willkürliche Bewegungen, Kombinationsfähigkeit) nachweisbar ist. Eine deutliche Geschwisterähnlichkeit ohne Rücksicht auf Geschlecht und Alter trat bei den Gedächtnisversuchen zutage.

Über optische Untersuchungen an Schimpansen und am Haushuhn berichtet *Köhler* (64). Mittels einer Modifikation des *Hering*schen Fallversuchs wird gezeigt, daß der Schimpanse beim Sehen mit einem Auge ungefähr die gleichen Fehler begeht wie der Mensch. Durch Greifversuche an Gegenständen wird gezeigt, daß das Tier ähnlich wie der Mensch bekannte Gegenstände in größerer Entfernung vom Auge größer sieht, als es der Verkleinerung der Netzhautbilderbilder entsprechen würde. Ebenso sehen die Schimpansen im allgemeinen analog dem Menschen die Oberflächenfarben im wesentlichen unabhängig von der Belichtungsstärke; auch vom Haushuhn gilt das gleiche.



Alphabetisches Inhaltsverzeichnis des Literaturberichtes.

(Die Zahlen mit einem Sternchen (*) bedeuten die Seiten des Literaturberichtes, die Zahlen ohne Stern die Nummern der angeführten Veröffentlichungen.)

1. Sachregister.











2. Autorenregister.









